ABREGES

Psychologie pathologique

théorique et clinique

J. BERGERET

A. BÉCACHE / J.-J. BOULANGER
J.-P. CHARTIER / P. DUBOR
M. HOUSER / J.-J. LUSTIN

10e édition

MASSON

Psychologie pathologique
théorique et clinique

DU MÊME AUTEUR

Aux éditions Masson :

PRÉCIS DES TOXICOMANIES, par J. BERGERET, J. LEBLANC et coll. *Collection de Précis de Médecine.* 1988, 2e édition revue et corrigée, 272 pages.

Aux éditions Dunod :

LA PERSONNALITÉ NORMALE ET PATHOLOGIQUE, par J. BERGERET, 1978, 324 pages.
LE PSYCHANALYSTE À L'ÉCOUTE DU TOXICOMANE, par J. BERGERET, 1981, 180 pages.
ÉTATS-LIMITES ET DÉPRESSION, par J. BERGERET, W. REID et coll., 300 pages.
LA VIOLENCE FONDAMENTALE, par J. BERGERET, 1984, 252 pages.
NARCISSISME ET ÉTATS-LIMITES, par J. BERGERET et coll., 1986, 244 pages.
LA PATHOLOGIE NARCISSIQUE, par J. BERGERET et coll., 1996, 248 pages.
L'ÉROTISME NARCISSIQUE, par J. BERGERET et coll., 1999, 340 pages.
LE FŒTUS DANS NOTRE INCONSCIENT, par J. BERGERET, M. HOUSER, 2004, 343 pages.
ANTHROPOLOGIE DU FŒTUS, par J.BERGERET, B. SOULÉ, B. GOLSE et coll., 2006, 221 pages.

Aux PUF :

LES ÉTATS-LIMITES ET LA DÉPRESSION, par J. BERGERET, 1975, 356 pages.
LE TOXICOMANE ET SES ENVIRONNEMENTS, par J. BERGERET et coll., 1980, 230 pages.
TOXICOMANIE ET PERSONNALITÉ, par J. BERGERET, 1982, 124 pages.
LES INTERROGATIONS DU PSYCHANALYSTE, par J. BERGERET, 1987, 196 pages.

Aux éditions Payot :

LE PETIT HANS ET LA RÉALITÉ, par J. BERGERET, 1987.
LA VIOLENCE ET LA VIE, par J. BERGERET, 1994, 254 pages.

Aux éditions Odile Jacob :

LES TOXICOMANES PARMI LES AUTRES, par J. BERGERET, 1990.

Aux éditions du Seuil :

BEAUX RÊVES OU CAUCHEMARS, par J. BERGERET et coll., 1995, 80 pages.

Filmographie :

INTRODUCTION À LA PENSÉE DE JEAN BERGERET (film de 35 min), par le Centre national de documentation audiovisuelle en santé mentale, 2004.

CHEZ LE MÊME ÉDITEUR

MANUEL DE PSYCHIATRIE, par J.-D. GUELFI, F. ROUILLON et coll., 2007, 816 pages.
MANUEL DE PSYCHOLOGIE ET DE PSYCHOPATHOLOGIE, clinique générale, par R. ROUSSILLON et coll., 2007, 720 pages.
INTRODUCTION À LA PSYCHOPATHOLOGIE, par A. BRACONNIER et coll., 2006, 352 pages.

ABRÉGÉS

Psychologie pathologique
théorique et clinique

Sous la direction de

J. BERGERET

Professeur à l'université Lyon-II

Avec la collaboration de

A. BÉCACHE, J.-J. BOULANGER, J.-Paul CHARTIER, P. DUBOR, M. HOUSER ET J.-J. LUSTIN

Chargés de cours à l'université Lyon-II

Préface de

D. WIDLÖCHER

Professeur au CHU Pitié-Salpêtrière

10e édition

ELSEVIER MASSON

Cet ouvrage a été cédé en plusieurs langues étrangères.

ISBN : 978-2-294-70174-0

ELSEVIER MASSON S.A.S. - 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex

PRÉFACE À LA PREMIÈRE ÉDITION

La psychologie pathologique doit beaucoup à la psychanalyse. On ne peut plus étudier la maladie mentale sans considérer les conduites, ni celles-ci sans tenir compte d'un point de vue dynamique : elles tendent à la réalisation d'un certain but et subissent un double système de contraintes qui tient à l'organisme lui-même nécessairement divisé dans sa quête d'un impossible achèvement et au monde environnant contrecarrant cette quête ou lui imposant ses propres voies. Pulsion et conflit apparaissent donc bien comme les notions de base indispensables à un tel point de vue.

On s'étonnera qu'il ait fallu attendre la psychanalyse pour en prendre conscience. Ces notions n'appartiennent-elles pas implicitement à la psychologie du sens commun et à ses expressions littéraires ? Elles éclairent le comportement quotidien et guident nos actions auprès d'autrui. C'est sans doute leur banalité qui a suscité le désintérêt des psychiatres. En outre, il paraissait choquant et peu vraisemblable que les principes qui guident le comportement normal puissent expliquer le pathologique, son illogisme, sa permanence.

La notion freudienne d'un inconscient dynamique permit de réduire cet écart : le comportement absurde, le symptôme ont un sens caché, donc une finalité. Cette découverte permit de tirer le parti que l'on sait de l'étude des pulsions et des conflits. Mais nombreux sont les psychiatres qui ont surtout retenu de la psychanalyse ce supplément de sens qu'elle apporte ; ils attendent du psychanalyste qu'il interprète la signification cachée du symptôme et étendre ainsi le domaine de la compréhension psychologique, sans prétendre expliquer la maladie. Le succès que la psychanalyse rencontre auprès d'un large public et dans de nombreux domaines des sciences humaines ou littéraires tient en grande partie à ce pouvoir divinatoire. La science de l'inconscient fascine parce qu'elle permet de comprendre, mieux que ne le fait l'intuition du sens commun. On retient le droit d'interpréter, on l'applique à n'importe quel matériel. On oublie que l'interprétation analytique ne se justifie que par ses effets ou sa valeur prédictive et qu'il est risqué d'en étendre l'usage, hors du domaine de la cure, sans préciser le système de validation auquel on pourra se référer.

La psychopathologie psychanalytique ne coïncide pas avec cet usage généralisé de l'interprétation. Une somme d'interprétations particulières faites à propos d'un cas clinique ne constitue pas un bilan psychopathologique. Il ne suffit pas d'accumuler des hypothèses sur la signification des symptômes, des propos et des conduites. C'est plus radicalement que la psychanalyse a modifié le point de vue dynamique pour l'appliquer à la pathologie. Les mobiles humains ne se juxtaposent pas au hasard, ils s'organisent en systèmes, les conflits internes expriment l'incompatibilité entre des structures partielles de la personnalité. En outre cette organisation n'est pas donnée d'emblée, elle naît et se développe au cours de l'histoire du sujet, en fonction des conflits qui marquent nécessairement les étapes de cette histoire. Les auteurs de cet ouvrage, par le plan qu'ils ont choisi,

montrent bien que ces perspectives structurales et génétiques sont fondamentales et que leur étude doit précéder celle des diverses formes d'organisations pathologiques. Ce que l'on appelle en psychanalyse métapsychologique n'offre pas seulement un modèle théorique, elle permet de construire toute une sémiologie nouvelle (formations défensives, lois du processus primaire, dérivés de l'inconscient) distincte des significations concrètes. Sa connaissance est indispensable au clinicien et son application hors du champ de la cure beaucoup plus légitime.

Il serait absurde d'opposer les deux méthodes. Que dirait-on d'un chirurgien qui refuserait tout diagnostic et toute hypothèse physiopathologique, se contentant de corriger les anomalies que le champ opératoire lui donne à voir ? Dans la cure, les références métapsychologiques s'estompent pour laisser place à l'étude des représentations particulières. Mais l'usage de ces références éclaire d'un jour nouveau l'observation clinique et certaines de ses variantes comme l'étude de la situation projective.

J. Bergeret et ses collaborateurs avaient toutes qualités pour initier le clinicien, psychiatre ou psychologue, à cette psychopathologie contemporaine. Praticiens et enseignants, ils sont depuis longtemps associés dans des tâches de recherche clinique et de formation. D'où l'unité de l'ouvrage, cet égal mérite à montrer comment les modèles théoriques permettent de dégager une sémiologie originale et une meilleure compréhension des syndromes cliniques traditionnels. L'enjeu pédagogique est d'importance : la psychopathologie psychanalytique peut encore progresser. Elle constitue un des champs féconds de la recherche en psychopathologie générale, et seuls des progrès continus en ce domaine nous garantissent contre les retours d'un empirisme à courtes vues et contre ceux du dogmatisme.

Daniel WIDLÖCHER
Professeur au CHU Pitié-Salpêtrière, Paris
Président de l'Association
psychanalytique internationale

INTRODUCTION

Après de nombreuses révisions opérées au fil des éditions précédentes, portant sur les aspects théoriques (première partie), la violence (chapitre trois), la psychosomatique (chapitre treize) ou les aspects institutionnels (troisième partie), nous avons, dans cette nouvelle édition, ajouté un chapitre concernant le rôle joué par la vie fœtale (chapitre sept) et complètement refondu le chapitre consacré à la psychopathologie infantile (chapitre quatorze), de manière à rendre compte des travaux les plus récents.

Bien que ce livre soit rédigé par des psychiatres psychanalystes, il ne saurait s'agir d'un traité de psychiatrie et, encore moins, d'un ouvrage psychanalytique. L'objet de la psychologie pathologique ne peut être confondu avec celui de la psychiatrie ; il demeure l'étude de l'évolution et des avatars du psychisme humain, sans s'intéresser aux aspects techniques des thérapeutiques. C'est pourquoi, si nous nous référons obligatoirement à la pensée analytique, les méthodes de traitement psychanalytique elles-mêmes ne peuvent être que l'objet d'une étude particulière.

L'originalité avec laquelle nous avons cherché, de propos délibéré, à cerner notre objet apparaîtra d'emblée au lecteur. Le choix et le plus ou moins grand développement de nos différentes rubriques peuvent surprendre. Ils correspondent à nos options.

Notre « Abrégé de Psychologie pathologique », en effet, écrit par des médecins, enseignant à des psychologues en formation à vocation clinique, a pour but essentiel de faire réfléchir ces derniers (comme d'autres étudiants et, d'une façon plus générale, tous ceux qui s'intéressent aux aléas de la psychologie humaine) sur la nature du dialogue qui les concerne et de mettre à leur disposition, de la façon la plus vivante possible, des connaissances de base, des sujets de réflexion, des éléments de recherche, des références bibliographiques et surtout les lignes directrices théoriques et pratiques que ces médecins eux-mêmes ont tirées de leurs expériences cliniques comme de leurs synthèses personnelles.

Nous estimons que nos efforts pour demeurer très ouverts dans le propos et très concis dans la forme pourront aider de nombreux lecteurs, et en particulier les étudiants en médecine et en psychiatrie, ou dans des disciplines humaines voisines, ainsi que nombre de médecins ou de membres, aux divers niveaux, de nos équipes soignantes dans leur recherche d'une meilleure compréhension de leurs problèmes relationnels.

En partant d'une unité de vue sur l'ensemble des options fondamentales, chaque rédacteur a conservé cependant sa liberté de style ou son mode de communication à l'occasion de ses développements particuliers.

Au niveau de nos chapitres théoriques, comme dans toute notre partie clinique, nous ne voulions ni ne pouvions, en un ouvrage aussi condensé, procéder à une étude exhaustive touchant aux multiples aspects de la psycho-

logie générale ou de toutes les entités morbides décrites par la psychiatrie classique.

Nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage de M. Bergeret et coll. [1]

Nous avons choisi, quant à nous, d'insister surtout, dans notre première partie, sur ce qui constitue l'articulation ou l'interaction des principaux concepts théoriques entre eux, et, dans notre deuxième partie, sur ce qui distingue ou relie les différentes organisations pathologiques.

Aux non-analystes qui estimeraient hasardeux de manifester un attachement trop exclusif aux hypothèses psychanalytiques, nous pensons pouvoir répondre que les données analytiques (théoriques, et non techniques) auxquelles nous nous sommes cantonnés correspondent à ce qui se trouve admis comme très classique par le plus grand nombre des psychopathologues contemporains et ne constitue, en définitive, qu'une connaissance bien générale, indispensable à l'honnête homme de la fin du XX^e^ siècle et du début du XXI^e^ siècle.

Aux psychanalystes qui jugeraient téméraire de livrer ainsi, sans précautions, à de jeunes non-analystes un résumé des concepts freudiens, nous exprimons notre profonde conviction que l'originalité foncière du psychanalyste ne peut venir d'un savoir théorique, même très poussé, mais reste, au contraire, la marque indélébile et irremplaçable dans son psychisme d'une expérience personnelle menée à bien sur un divan, expérience qu'il demeure, de ce fait, capable (et lui seul) de faire revivre à d'autres humains.

Sur le plan clinique nous développons ici une position attachée à certaines conceptions qui ne reconnaissent que deux formes de névroses : la névrose obsessionnelle et l'hystérie (d'angoisse ou de conversion) ; les comportements dépressifs ou phobiques ne se trouvant le propre d'aucune structure exclusive, pas plus que le masochisme ou ce qu'on appelle, à tort, « homosexualité ». De même, la notion de structure prend pour nous un sens extrêmement rigoureux. On remarquera à ce propos notre soin de limiter à des entités très nettement définies les qualificatifs de « névrotique » et de « psychotique ».

1. Bergeret (J.) et coll. : *L'Érotisme narcissique*. Dunot, Paris, 1999.

1 | ASPECT GÉNÉTIQUE

M. HOUSER

INTRODUCTION

Très rares dans la littérature, pour ne pas dire inexistants, sont les ouvrages exposant de façon systématique et assez synthétique une théorie freudienne du développement de la personnalité.

Sans avoir la prétention de combler cette lacune, nous pensons devoir en premier lieu présenter au moins schématiquement les grandes étapes de la psychogenèse du point de vue de la psychanalyse, préalable indispensable à la compréhension de l'ensemble de ce livre.

Notons tout d'abord que nous resterons classiques, faisant appel : d'abord à l'œuvre de S. Freud lui-même, aux travaux de ses contemporains et successeurs, tels K. Abraham et O. Fénichel, à des livres comme celui déjà ancien de Gerald S. Blum, enfin à des publications plus récentes comme l'ouvrage de Laplanche et Pontalis, pour ne citer ici que les principales de nos références bibliographiques.

Signalons que chaque étape sera envisagée selon le double point de vue :

1° *Du développement psychosexuel* d'une part, orienté par l'entrée en jeu successive des différentes *zones érogènes*.

2° De la *relation d'objet* (ou *relation objectale)* d'autre part, expressions désignant notamment les formes prises par la relation du sujet avec ses « objets » (lui-même compris en tant qu'objet) au cours de ces différents moments évolutifs.

INFLUENCES PRÉ- ET NÉONATALES

Influences prénatales

Phyllis Greenacre pense que la constitution, les expériences prénatales et la situation suivant immédiatement la naissance contribuent à créer une *prédisposition à l'angoisse* ou *préangoisse*, différente de l'angoisse ultérieure en ce qu'elle *manque de contenu psychologique et opère au niveau réflexe.*

Il est bien certain que le fœtus est capable d'une grande variété d'activités puisqu'il remue, donne des coups de pieds, se retourne…, manifestations que toute femme enceinte attend même avec une certaine impatience. On sait aussi que le fœtus réagit à des stimuli extérieurs par des mouvements accrus, une accélération du rythme cardiaque…, par exemple lorsqu'un son fort et aigu, une sonnette électrique, etc., se fait entendre près de la mère. De même

le fœtus présenterait un accroissement considérable d'activité lorsque la mère passe par des périodes de graves épreuves émotionnelles, ce qui prouverait que l'état psychophysiologique de la mère exerce une influence sur le type de comportement du fœtus normal. Enfin celui-ci pourrait même *crier in utero* si, par accident, de l'air a été admis dans la cavité utérine.

Phyllis Greenacre interprète toutes ces réactions réflexes au malaise comme un fait prouvant qu'il existe, avant la naissance, un schème de conduite *ressemblant à l'angoisse*. Ce schème, encore influencé par la naissance et par les premières expériences postnatales, constitue, selon l'auteur, un potentiel organo-physiologique qui, s'il est particulièrement fort, peut avoir pour conséquence des réactions plus violentes aux dangers psychologiques survenant ultérieurement au cours de la vie.

D'autres auteurs avaient déjà démontré qu'il est même possible de *conditionner* le fœtus. Mais il est évident que nous ne sommes pas encore en mesure d'évaluer les effets du milieu prénatal sur le développement ultérieur de la personnalité. C'est donc à titre de simple anecdote, sans fondement scientifique réel, que nous citerons la pratique des tziganes qui consiste, lorsque l'on veut produire un musicien de valeur, à lui faire « entendre » dès la vie intra-utérine des airs de violon joués par un maître à proximité du ventre de la mère.

Quant à Fodor, ses arguments sont essentiellement des reconstructions — d'une validité douteuse — basées sur les fantasmes et les rêves dits « rêves prénataux » faits par lui-même et ses patients. Selon cet auteur, l'aspect traumatique du milieu prénatal devrait être rapporté avant tout à la violence des rapports sexuels entre les parents. Enfin Fodor postule une « conscience organismique » dirigée vers un contenu et rendue possible par des communications de type télépathique entre la mère et le fœtus ; mais il est clair que l'existence de la télépathie comme moyen de communication reste une prémisse invérifiée.

EN RÉSUMÉ

Il apparaît très difficile de mener à bien des recherches décisives en ce domaine. Si l'on peut admettre que ce qui se passe pendant la gestation n'est pas sans influence possible et vraisemblable sur le fœtus, son équipement biopsychique notamment, cependant reste-t-il encore impossible de tirer des études entreprises des conclusions rigoureuses.

Comment pourrions-nous, par exemple, décider si les angoisses d'un enfant de 4 ans sont dues au milieu chargé d'angoisse que constitue une mère malheureuse *avant* la naissance ou bien *après*? Car il est impossible d'échapper au fait que la mère continue, après la naissance — et nous dirions même *surtout* à ce moment — à exercer une influence sur la personnalité de ses enfants.

Traumatisme de la naissance

On sait que c'est une notion à laquelle Otto Rank a attaché son nom. Cependant :

C'est Freud qui, le premier, a souligné la signification psychologique de ce traumatisme de la naissance, faisant ressortir le danger contenu dans **l'afflux initial d'excitations** venues du monde extérieur lors de la sortie de l'organisme d'un milieu relativement calme et paisible pour se trouver submergé par la situation nouvelle. Le nouveau-né ne peut affronter ce danger de manière adéquate car il ne dispose encore d'aucun mécanisme de défense utilisable pour se protéger.

Cette situation de la naissance devient le *modèle* ou prototype de toute angoisse ultérieure, dont le facteur commun s'énonce donc à l'origine en termes de séparation *biologique* d'avec la mère mais qui, par la suite, se manifeste de façon plus psychologique et plus symbolique.

Et Freud tend à minimiser l'importance des accidents survenus au cours de la naissance, n'admettant pas que l'enfant puisse avoir à ce moment conscience de contenus réels : « Que représente un danger » ? écrit-il. Dans l'acte de naissance un danger objectif se présente pour la conservation de la vie ; nous savons ce que cela veut dire selon la matérialité des faits. Mais psychologiquement cela ne nous dit rien du tout. Le danger de la naissance n'a encore aucun contenu psychique » (« Inhibition, symptôme et angoisse »).

O. Rank au contraire donna à cette théorie, qu'il systématisa avec excès, un développement qui éloigna son auteur des conceptions classiques de la psychanalyse. Celui-ci fait en effet jouer au traumatisme de la naissance un rôle central dans le développement de la personnalité au point que la naissance constitue un choc profond qui crée un réservoir d'angoisse dont les parties se déchargeront, se libéreront à travers toute l'existence. C'est dire que pour cet auteur toutes les névroses trouveront là leur explication originelle et que l'on peut interpréter toute angoisse ultérieure en termes d'angoisse de naissance, non seulement en tant que celle-ci constitue le modèle, mais la source même de l'angoisse.

Poussant encore plus loin sa conception, Rank en vient à déclarer que le nouveau-né forme des impressions *visuelles* durables de cette séparation pénible d'avec la mère, responsables notamment de l'horreur éprouvée plus tard pour les organes génitaux féminins, tandis que les séparations ultérieures de toute nature, réelles ou imaginaires, seront éprouvées comme un traumatisme menaçant : séparation du sein par le sevrage, séparation fantasmatique du pénis par la peur de la castration, etc.

Enfin, toujours selon O. Rank, chaque plaisir aurait pour but final d'accéder au sentiment de contentement sans mélange et de béatitude primitive intra-utérine, le moyen le plus satisfaisant pour réaliser ce retour à la vie intra-utérine étant l'acte sexuel, qui représente la réunion symbolique avec la mère : alors l'homme concevrait son pénis comme un enfant retournant dans le ventre de sa mère tandis que la femme accéderait à la satisfaction en s'identifiant à son propre enfant, au moment où il n'est pas encore né. Pour l'auteur, l'angoisse primaire de la naissance représente un obstacle à cette satisfaction, car elle constitue un signal de danger contre l'envie de retourner dans le sein maternel.

Quant à Phyllis Greenacre, elle occupe en ce domaine une position intermédiaire entre Freud et Rank. Elle admet l'action des deux facteurs, constitutionnels ou héréditaires et accidentels apparaissant au moment de la naissance, mais elle substitue sa théorie de la réponse de « préangoisse » à la conception de Rank relative aux impressions visuelles. Pour elle enfin l'influence réelle du traumatisme de la naissance se situerait quelque part entre les deux conceptions : elle ne serait ni aussi importante que le pense Rank, ni aussi minime que le croient Freud et la plupart de ses successeurs.

STADES PRÉGÉNITAUX

Stade oral

Les différentes phases que nous décrivons ne sont pas nettement délimitées ou séparées les unes des autres. Tous ces stades passent plutôt graduellement l'un dans l'autre et se chevauchent. Ainsi le stade oral s'étend non seulement sur la *première année de la vie* de l'enfant, mais bien au-delà. Classiquement on donne ce nom de « stade oral » à la phase d'organisation libidinale qui va *de la naissance au sevrage.*

Développement psychosexuel

Indiquons d'abord que l'expression « *sexualité infantile* » n'est qu'une facilité de langage peu satisfaisante. En effet une telle « sexualité », si elle se présente en premier lieu comme très indifférenciée et fort peu organisée, diffère de plus de celle de l'adulte par trois points au moins :

– Les régions corporelles de plus grande sensibilité (ou *sources pulsionnelles*) ne sont pas forcément les régions génitales. D'autres *zones érogènes* (régions qui procurent du plaisir) viennent à prédominer.

– Les *buts* sont différents : il va de soi que la « sexualité infantile » ne conduit pas à des relations génitales à proprement parler mais qu'elle comporte des activités qui, plus tard, joueront un rôle notamment dans le plaisir dit « préliminaire ».

– Enfin cette « sexualité infantile » a tendance à être *auto-érotique* plutôt que dirigée sur des *objets*.

❐ Primauté de la zone buccale comme zone érogène ou source corporelle pulsionnelle

En fait il faut entendre ici bien autre chose que simplement la bouche :

– D'abord certes *tout le carrefour aérodigestif* jusqu'à l'œsophage et l'estomac ; organes respiratoires aussi, en jeu dans l'aspiration et l'expiration de l'air, jusqu'aux poumons (*cf.* les fixations orales des asthmatiques par exemple).

– Les *organes de la phonation* et donc du langage.

– Les *organes des sens également* : la gustation, le nez et l'olfaction, l'œil et la vision (on dit « manger ou dévorer quelqu'un des yeux ») sont des organes et des fonctions en rapport avec l'oralité, percevoir impliquant d'ailleurs une sorte de préhension et de mise à l'intérieur de soi d'éléments appartenant au monde extérieur environnant.

– Le toucher et la peau elle-même appartiennent aussi au monde de l'oralité. Les gens qui ont toujours trop chaud ou trop froid, ceux qui présentent des dermatoses psychosomatiques, ou encore plus simplement ceux qui, dans les ébats amoureux, sont hypersensibles à des attouchements de régions cutanées parfois fort éloignées des zones génitales… ont tous une oralité très forte.

N'oublions pas en effet que cette première année de la vie est l'époque où le bébé est le plus sensibilisé à l'apport non seulement de nourriture mais aussi de toutes les caresses, baisers, « papouilles », « chatouilles », etc. dont est généreuse une mère aimante à l'occasion ou en dehors des toilettes.

❒ Objet original du désir

C'est l'objet disons « érotique », de ce nourrisson ; il est constitué par le sein maternel ou son substitut, la première expression de la libido étant l'action de téter. En effet, non seulement cet acte de téter satisfait le besoin de nourriture, mais encore il procure du plaisir en lui-même.

– La séparation d'avec la mère au moment de la naissance instaure une nouvelle relation mère-enfant, relation dépendante et pratiquement symbiotique, fusionnelle, avec cependant un médiateur désormais : la *fonction alimentaire* ou *nutritionnelle*. À cette fonction est attaché un plaisir que l'enfant éprouve, apprend, au moment d'être nourri.

– Et voilà que cette *satisfaction libidinale, étayée*, comme on dit, sur le besoin physiologique d'être nourri, va se séparer de celui-ci. L'enfant découvre que l'excitation de la bouche et des lèvres procure un plaisir en soi, même sans être accompagné de nourriture (suçotement des lèvres, succion du pouce)

REMARQUE

En fait la littérature contient de nombreuses références suggérant l'existence d'une pulsion à téter, qui opérerait indépendamment du processus de la nutrition. Autrement dit, à partir de certaines constatations — par exemple on sait maintenant que dès le stade intra-utérin le fœtus suce son pouce — on peut se demander s'il n'existe pas une *pulsion orale primaire*, qui n'aurait pas été acquise par l'apprentissage et qui serait à l'origine à la fois de la succion et d'autres manifestations voisines d'activité orale. Auquel cas du reste le problème de la genèse de cette pulsion orale primaire resterait entier.

❒ But pulsionnel

À ce stade, il est double, peut-on dire :

– D'une part, c'est la stimulation agréable de la zone érogène buccale, plaisir qui est *auto-érotique*. Le sujet n'a pas encore la notion d'un monde extérieur différencié de lui et on a coutume de décrire cet état comme « *anobjectal* » ou par les termes d'*indifférenciation « Moi/non-Moi »*.

– D'autre part, c'est le désir *d'incorporer les objets*, désir spécifique de l'oralité qui, malgré l'emploi du mot « objet », ne confère pas à celui-ci le véritable statut d'objet extérieur. Le petit enfant de cet âge ne perçoit dans les individus ou les choses qu'une nourriture ou une source de nourriture, à laquelle, dans ses fantasmes, il s'imagine *uni* en l'avalant ou en se l'incorporant. L'objet n'est guère *qu'une partie du sujet*, l'enfant porte à sa bouche tout ce qui l'intéresse et le plaisir « d'avoir » se confond, pour lui, avec le plaisir « d'être ».

NOTE IMPORTANTE

À ces buts d'incorporation correspondent des peurs et des angoisses orales spécifiques, telles que la *peur d'être mangé* que l'on voit revivre dans les rêves et fantasmes non seulement des psychotiques mais encore de maint patient en analyse au cours de phases régressionnelles profondes et même chez chacun de nous.

Abraham divise cette période orale en deux sous-stades :

– *Le stade oral primitif* (de 0 à 6 mois) encore appelé « phase préambivalente ». C'est le véritable stade oral de Freud que celui-ci subdivise en « stade narcissique primaire » et en « stade anaclitique ». C'est celui que nous venons de décrire. Redisons ses principales caractéristiques :

- *Prévalence de la succion*, de l'aspiration à partir du système d'absorption (bouche, organes sensoriels…) qui tend tout à la fois : à l'incorporation, à l'assimilation orale des excitations venant de l'extérieur, c'est-à-dire d'un « objet » ressenti comme bon et qui, théoriquement, n'est pas détruit ; à la satisfaction auto-érotique de compensation lors notamment de frustrations (succion du pouce masturbatoire, par simple plaisir de sucer).
- *Absence de différenciation entre corps propre et objet extérieur*, absence de distinction entre l'enfant qui tète le sein et le sein qui le nourrit.
- Enfin *absence d'amour et haine proprement dits*, le psychisme étant alors libre de toute ambivalence affective, ce qui n'est pas l'avis de tous les auteurs, Mélanie Klein en particulier.

– Le stade oral tardif (de 6 à 12 mois) ou stade sadique-oral, au cours duquel prédominent les pulsions que Freud a pu appeler « cannibaliques » est marqué par l'apparition des dents, la morsure et les mordillements des objets, sein maternel d'abord, complétant alors la simple succion du sous-stade précédent.

– À cette époque, que l'enfant réponde à une frustration en mordant pour prendre sa revanche ou qu'il exprime en mordant une pulsion agressive en soi, le résultat est le même : l'incorporation, toujours en jeu, est devenue sadique, c'est-à-dire *destructrice* ; l'objet incorporé est vécu dans les fantasmes de l'enfant comme attaqué, mutilé, absorbé et rejeté dans le sens de la destruction.

Relation d'objet

Lorsqu'on parle de relation d'objet, on parle en fait d'une *interrelation* dialectique : est en cause non seulement la façon dont le sujet constitue ses objets (externes et internes) mais aussi la façon dont ceux-ci modèlent l'activité du sujet.

❒ Le premier objet de chaque individu est sa mère

Le mot « mère » est à prendre au sens large : la personne qui accomplit la plus grande partie des soins à donner à l'enfant. En fait :

– La notion même « d'objet » fait ici problème, car on sait que, tout au début, il n'existe pas d'images d'objets au sens psychologique de ce terme, les premières représentations d'objets étant éparpillées, plus ou moins morcelées et en tout cas parcellaires et non unifiées. Par ailleurs le nouveau-né n'a pas conscience du monde extérieur mais uniquement — si tant est même que l'on puisse parler ici de « conscience » — de ses propres perceptions internes de tension et de détente : il ne distingue pas lui-même des autres. Il s'ensuit que le nourrisson est aux prises avec des « morceaux d'objets » — des objets *partiels*, dit-on, et même pas localisés dans l'espace — dont font partie à la fois des morceaux de mère (sein nourricier ou biberon substitutif) et des morceaux du corps propre du sujet.

– Cela étant, la relation de notre nourrisson avec ces morceaux d'objets s'établit dans deux directions :

• *auto-érotisme* qu'on pourrait dire primaire et dont nous avons déjà parlé, s'accompagnant souvent de masturbation (1re phase masturbatoire) dans le cadre du narcissisme lui aussi primaire ;

• *relation anaclitique* d'autre part, terme tiré d'un verbe grec qui signifie se coucher sur, s'appuyer sur. Freud voulait par cette expression rendre l'état de dépendance absolue qui lie physiquement l'enfant aux personnes dont les interventions le maintiennent en vie. Ce qui est dire aussi qu'à ce stade de tels « objets » ne peuvent être que *fonctionnels*, comme ils le resteront peu ou prou à travers toute la prégénitalité.

❒ La découverte réelle des objets

Elle se fait cependant peu à peu et par un processus graduel.

– D'abord on admet qu'une relation objectale dite primitive se constitue lors des **moments d'absence** de l'objet anaclitique (c'est-à-dire de la mère). Autrement dit, la première prise de conscience d'un objet doit provenir chez l'enfant de l'état d'attente nostalgique de quelque chose qui lui est familier, qui peut satisfaire ses besoins… mais qui sur le moment fait défaut (Fénichel).

– Par la suite l'enfant apprend à **différencier ses impressions** et la première différenciation est sans doute celle qui s'établit entre des objets « de confiance ou connus » et des objets « inhabituels, étranges, et même étrangers ». Ceux-ci sont alors ressentis comme *dangereux* tandis que les premiers *donnent confiance* et sont *aimés*.

– Au fur et à mesure que l'enfant apprend à se distinguer de sa mère, il commence à **communiquer** avec elle, à comprendre ce qu'elle lui transmet, ne serait-ce qu'à travers sa mimique. Un rôle important est sans doute joué là par les réactions au contact, à la pression physique, bref à la manipulation corporelle réelle de l'enfant par sa mère.

– **La relation ambivalente** est contemporaine, selon la théorie orthodoxe, de la seconde partie du stade oral, lors de l'apparition des pulsions sadiques.

Ainsi à la période où est en jeu la tendance à mordre, le désir de détruire la mère s'associe à l'aspiration à l'union libidinale avec elle. Premier conflit par conséquent, qui menace l'unité primitive rassurante à la mère et où la composante hostile prend une place prépondérante.

On dit parfois que la haine est plus vieille que l'amour, et nous connaissons l'évolution des idées de Freud sur la pulsion agressive (partie de l'instinct de mort). En tout cas c'est spécifiquement la *projection à l'extérieur* du « mauvais » — à quoi se joint évidemment la colère qu'induit l'absence de l'objet anaclitique — qui fait que l'objet (extérieur) est affecté de haine. On comprend que Freud ait pu dire : « *l'objet naît dans la haine* ».

Notons que la façon dont la pulsion agressive à mordre sera reçue par l'objet d'amour (permise, interdite, tolérée sous condition, etc.) est de toute première importance.

❒ Sevrage

C'est le conflit relationnel spécifique qui s'attache à la résolution du stade oral. Cette crise, liée à *l'ablactation*, peut sembler à première vue se fonder sur une donnée biologique, et donc instinctuelle, de l'espèce. En fait, le sevrage est indissociable du maternage dont Lacan a souligné la dimension culturelle.

Par ailleurs le sevrage est souvent un *traumatisme* au sens courant et restrictif où il est vécu comme une conséquence de l'agression, comme une punition « talionique » sur le mode de la frustration. Et l'on a pu remarquer par exemple que chez les gens élevés très tard au sein existe souvent une difficulté à jouir complètement de leur faculté d'agressivité sans provoquer un besoin d'autopunition.

Enfin, traumatisme ou pas, le sevrage laisse dans le psychisme humain la trace permanente de la relation primordiale à laquelle il vient mettre fin. Que ce soit de façon pathologique ou non, l'image du sein maternel domine peu ou prou toute la vie du sujet.

Stade anal

Au cours des 2e et 3e années, les facultés de marcher, parler, penser, contrôler ses sphincters, etc. se développent et ouvrent à l'enfant, de façon progressive, *une indépendance* relative mais déjà réelle.

Développement psychosexuel

Bien entendu, le plaisir anal existe dès le début de la vie mais il ne constitue pas l'exutoire libidinal *principal* et il n'est *pas encore conflictualisé*. Ce n'est que lorsque s'installe le contrôle sphinctérien, lorsque l'acte de défécation devient un acte sur lequel l'enfant a pu acquérir une suffisante maîtrise, que le plaisir lié à cette défécation ainsi que les conflits spécifiques qui s'y rattachent occupent une situation privilégiée.

❒ Source pulsionnelle corporelle ou zone érogène partielle

C'est ici la muqueuse ano-rectale, ou ano-recto-sigmoïdienne ou même encore plus généralement toute la muqueuse de la zone intestinale d'excrétion, investie d'une libido diffuse à tout l'intérieur (et non pas seulement orificielle).

❒ Objet de la pulsion anale

Il est de description plus malaisée du fait de la complexité croissante du jeu pulsionnel.

La mère, qui reste l'objet privilégié des pulsions de l'enfant, est devenue personne entière. Mais c'est un objet qui reste *fonctionnel*, *partiel*, qu'il sera surtout question pour l'enfant de *manipuler*, comme il « manipule » ses matières fécales. Rappelons que Freud a découvert l'importance de cette « analité » par l'analyse de la *névrose obsessionnelle* où précisément la « manipulation » des objets — réels, imaginaires et symboliques — est une des caractéristiques remarquables.

Quoi qu'il en soit, le « troisième terme » en cause est ici le contenu intestinal ou *boudin fécal*, véritable *objet libidinal intermédiaire* si l'on peut dire, dont les rôles ou fonctions ne sont ni simples ni univoques :

– C'est d'abord un **excitant** direct de l'érogénéité de la zone corporelle muqueuse décrite ci-dessus. À ce sujet il existe une controverse parallèle à celle que nous avons démarquée à propos du stade oral : le plaisir anal est-il *primairement physiologique*, ou bien peut-on mieux l'expliquer comme une *pulsion secondaire* acquise par l'apprentissage?

– Le boudin fécal est aussi considéré par l'enfant comme **une partie de son propre corps** qu'il peut — nous ne dirons pas « à volonté » mais par une décision volontaire permettant au moins de différer l'exonération — soit conserver à l'intérieur, soit expulser au dehors en s'en séparant, ce qui permet à l'enfant de faire la *distinction fort importante entre objet interne et objet externe.*

– Si la peur d'être mangé constituait l'angoisse orale spécifique, celle d'être *brutalement dépossédé du contenu du corps* par arrachement, *d'être vidé* littéralement, représente l'angoisse anale typique.

– Enfin, le boudin fécal représente pour l'enfant une **monnaie d'échange** entre lui-même et les adultes. Rappelons les équivalences établies par Freud entre les fèces, le cadeau qu'on offre ou qu'on refuse, l'argent, etc.

❒ But pulsionnel

Il n'est pas non plus très simple à expliciter. C'est que l'on a coutume, de façon trop facile, de l'assimiler purement et simplement à la fonction défécatoire, ce qui ne rend nullement compte de la complexité de fait de l'expérience.

En effet, déféquer, c'est-à-dire *expulser* sa production intestinale, n'est pas le seul acte anal auquel soit attaché un plaisir dont chacun de nous fait journellement l'expérience. Différer cette défécation, c'est-à-dire *retenir* ses matières

au moins pendant un certain temps, est d'un pouvoir érogène aussi indiscutable.

K. Abraham a décrit là encore deux sous-stades :

• **Phase dite « expulsive »**

Le but est donc ici de ressentir des sensations agréables pendant l'excrétion. Parallèlement à une décharge de la tension, l'élimination produit une stimulation de la muqueuse ano-rectale, stimulation génératrice d'un plaisir *érotique* comparable à celui de la succion pendant le stade oral, plaisir *auto-érotique* évident.

En plus du plaisir « naturel », une stimulation additionnelle est obtenue comme conséquence de l'importance que les parents accordent aux fonctions anales et qui conduit l'enfant à augmenter son intérêt pour un acte neuromusculaire qui exige de lui l'effort de « pousser ».

Une autre source de stimulation intense, plus contingente celle-là, est enfin constituée par les lavements fréquents administrés par des mères anxieuses. Le lavement n'a pas seulement en effet une signification frustratrice de vidange intestinale forcée, mais aussi le sens d'une excitation érogène.

Retenons de cette première phase anale :

– *L'auto-érotisme* narcissique qu'elle comporte toujours.
– Son *aspect sadique*, lequel du reste caractérise la totalité du stade anal au point que l'on désigne habituellement ce stade par le qualificatif « *sadique-anal* ». Cet aspect sadique dérive ici d'une double source :
  • d'une part, à l'origine, l'acte d'expulsion lui-même est en cause, les matières fécales étant considérées comme des objets qui sont détruits et pour lesquels l'enfant n'éprouve aucun égard ;
  • d'autre part, les facteurs sociaux jouent plus tard un rôle, car l'enfant peut utiliser sa faculté d'expulsion pour défier ses parents qui tiennent à lui apprendre la propreté.

• **Phase rétentive**

C'est la seconde phase. Le plaisir principal se porte sur la rétention et nous allons retrouver ici les mêmes origines à ce plaisir, simplement utilisées de manière différente.

– C'est d'abord bien entendu la découverte faite par l'enfant de la stimulation intense de la muqueuse que peut, à côté de l'expulsion, provoquer aussi la rétention. On a dit qu'il s'agissait là de la première découverte du *plaisir autoérotique masochique*, qui est une des composantes normales de la sexualité. Le terme « masochique » peut être entendu ici comme de l'ordre du « fais moi quelque chose », et il est clair que le boudin fécal ne progresse pas jusqu'à l'ampoule rectale sous l'effet d'un acte volontaire, cette progression donnant d'abord des sensations éprouvées *passivement*. Ce n'est que dans un deuxième temps que le plaisir attaché à l'acte rétentionnel devient l'objet d'une *recherche active*.
– Un autre déterminant à l'apparition de ce plaisir est là encore constitué par la grande importance que les adultes accordent aux selles. Si les autres consi-

dèrent ces produits comme précieux, alors l'enfant préfère les garder pour lui plutôt que les donner. Et c'est ici que l'*élément sadique* apparaît de nouveau dans le tableau, l'enfant pouvant :

- soit utiliser ses matières fécales comme *cadeau* pour démontrer son affection ;
- soit au contraire les retenir, ce qui a la signification d'un geste hostile (sadique) envers les parents préoccupés de sa production, mais qui est plus *conservatoire* vis-à-vis de l'objet (interne et externe).

Remarque : il faut noter que l'exonération intempestive coïncidant avec le refus de l'accomplir au moment ou dans les circonstances voulues par l'entourage prend un caractère agressif d'opposition en mélangeant les deux types de sadisme anal.

Relation d'objet

C'est sur le modèle des relations entretenues par l'enfant avec ses matières fécales et en fonction des conflits suscités par l'éducation à la propreté que le sujet va orienter sa relation d'objet, avec ses caractères spécifiques.

❐ Sadisme

Nous avons vu que cette période est caractérisée dans sa totalité par le sadisme, défini comme une *agression chargée de plaisir* contre un objet.

Les composantes *érotiques* et *agressives* de l'analité se retrouvent dans les deux phases décrites par Abraham, tout comme dans la bipolarité de la pulsion sadique elle-même, l'une des tendances étant de détruire l'objet extérieur, l'autre de le conserver et d'exercer sur lui un contrôle, tendances qui sont toutes deux gratifiantes.

La conquête de la discipline sphinctérienne permet à l'enfant de découvrir la notion de sa *propriété privée* (ses selles qu'il donne ou non) de son *pouvoir* (pouvoir auto-érotique sur son transit intestinal et sur son corps propre ; pouvoir affectif sur sa mère qu'il peut récompenser ou frustrer à son tour), découverte qui va de pair tant avec le *sentiment de toute-puissance* et de *surestimation narcissique* ressenti par le sujet qu'avec le plaisir qu'il éprouve de *contrôler*, *maîtriser*, *en s'opposant* à sa mère, bref de *posséder*. Tout objet de son désir est quelque chose à l'égard de quoi il exerce des droits et tout objet est assimilable à sa possession la plus primitive, c'est-à-dire ses matières fécales.

❐ Masochisme

Ce terme désigne le but passif d'arriver au plaisir par des expériences douloureuses.

Aussi bien le sadisme que le masochisme — l'on parle d'ailleurs généralement de sadomasochisme — sont liés aux châtiments corporels, pour lesquels les fesses sont à ce moment la cible privilégiée. Mais si l'on comprend aisément que battre quelqu'un d'autre ou lui donner une fessée représente une

issue pour des tendances sadiques, la fonction masochique est d'une plus grande complexité.

D'abord elle ne peut opérer que dans certaines conditions seulement, la douleur ne devant être ni trop forte, ni trop grave. Par ailleurs, le fait qu'une fessée puisse exciter érotiquement l'enfant n'est pas douteux si l'on se remémore tous les cas publiquement connus de masochisme de cet ordre. Par contre les explications données à ce phénomène et à ses conséquences ont été sujettes à controverse. C'est ainsi que d'après la théorie orthodoxe, il survient parce que la libido se déplace de l'anus sur la peau des fesses et sur les muscles fessiers. Pour d'autres « le rôle joué dans le masochisme par l'excitation [érotique] de la peau des fesses est très douteux. De simples explications soulignant la satisfaction psychique apportée par la punition sont plus plausibles » (Blum).

Quoi qu'il en soit, il est une relation bien connue entre sadisme et masochisme : celle qu'utilise l'enfant qui se comporte d'une façon très active et agressive afin de provoquer les autres à le battre.

❒ Ambivalence

Il ressort de ce qui précède que, pendant cette période, les relations continuent à être ambivalentes, d'une manière même renforcée par rapport au stade sadique-oral. Cette ambivalence est ici physiologiquement fondée sur l'attitude contradictoire vis-à-vis des matières fécales, qui sert de modèle aux relations avec autrui. Ainsi les objets extérieurs, la mère, l'entourage, etc. pourront être :

– D'une part éliminés, retranchés, c'est-à-dire refusés, expulsés et par-là même détruits.

– D'autre part et tout aussi bien introjectés, c'est-à-dire gardés comme objets d'appropriation, retenus comme une possession précieuse et aimée.

❒ « Bi- » et « homosexualité »[1]. Activité et passivité. Narcissisme anal

– *La « bisexualité »* humaine, comme l'appelait Freud après l'avoir mise en évidence, tirerait ses racines psychologiques aussi bien que physiologiques précisément et surtout de cette phase anale du développement. Le rapport de l'érotisme anal avec la « bisexualité » serait en effet déterminé essentiellement par le fait que le rectum apparaît comme un *organe d'excrétion creux :*

- en tant qu'organe d'excrétion, il peut *activement* expulser quelque chose et de cette faculté dériveraient les tendances masculines ;
- en tant qu'organe creux, il peut être excité *passivement* par la pénétration d'un corps étranger, d'où dériveraient les tendances féminines.

1. On trouvera dans des études récentes (et notamment dans l'ouvrage de Jean Bergeret et coll. intitulé « L'érotisme narcissique », Dunod 1999), une argumentation aboutissant à récuser le suffixe « sexualité » dans « bisexualité », que nous mettrons désormais entre guillemets, et « homosexualité », que nous remplacerons systématiquement par **homoérotisme.**

Notons que cela ne contredit pas le fait que l'enfant peut aussi expulser passivement et retenir activement ses matières fécales. C'est en tout cas retrouver ici la problématique ambivalente des processus d'incorporation et d'extrajection anale, ceux-ci caractérisés en outre par :

– *L'opposition du couple activité-passivité* qui marque profondément les relations objectales propres à cette phase, où il n'est pas encore question pour l'enfant de l'opposition masculinité-féminité au sens sexué de ces termes. C'est sur le modèle de ce schéma dualiste actif-passif dérivé de l'investissement anal, que l'enfant est sensibilisé, dans sa relation à autrui, à la perception de toute une série de *couples antagonistes :* couple gentil-méchant ; beau-laid ; mais surtout couple grand-petit tout à fait spécifique. Face à l'adulte, l'enfant se sentira soit le plus petit, soit le plus grand et le plus fort pour peu qu'il s'imagine lion, tigre ou chef d'armée. Le summum de la relation valorisée d'amour est donc impliqué dans le couple *subjuguer-être subjugué, dominer-être dominé*.

– *Le narcissisme* est donc ici au tout premier plan et nous avons pu relever quelques unes des occasions qu'a l'enfant de le mettre en question : qualité de partie du corps attribuée au boudin fécal, conquête de l'indépendance notamment par la marche et le contrôle sphinctérien, possibilités d'opposition et de marchandage face à l'objet maternel, sentiment de toute puissance et auto-surestimation, etc. Il faut, en outre, insister sur le caractère centripète, donc narcissique, des buts érotiques[1], encore une fois dominés par l'auto-érotisme à cette époque.

Si l'on rapproche donc en résumé :

– l'opposition activité-passivité ;

– l'aspect duel, binaire, d'une relation d'objet excluant toute génitalisation véritable ;

– le renforcement narcissique du sentiment de puissance à quoi est subordonnée la recherche de complémentation entre un grand et un petit (il faut que l'objet soit très faible ou très fort, le sujet se complaisant dans le rôle inverse et dépendant) ;

– l'aspect centripète enfin, et donc narcissique, des buts érotiques ;

on comprendra que la relation d'objet ainsi caractérisée soit de type homoérotique, quel que soit le sexe réel de l'objet, la caractéristique génitale de celui-ci étant, pourrait-on dire, accessoire.

« Stade » phallique

Aboutissement, au-delà de la troisième année, des stades précédents par abandon ou solution de leurs conflits affectifs propres, le « stade » phallique, ainsi nommé et décrit par Freud, instaure une relative unification des pulsions partielles.

1. On aura remarqué — nous y insistons en complément de la note précédente — que dans tous ces chapitres relatifs à la prégénitalité, nous parlons **d'érotisme** et non de sexualité.

Ce n'est évidemment pas sans raison que nous mettons le terme « stade » entre guillemets. Sans contester Freud ni davantage le contredire, il nous paraît nécessaire de jeter un regard nouveau sur des notions que le génial découvreur de la psychanalyse avait parfaitement dégagées déjà, mais sans leur accorder la systématisation que nous voudrions leur donner. Ce chapitre nous retiendra assez longuement. Notons dès maintenant que le mouvement phallique se verra considérablement réactivé au début de l'adolescence.

Développement psychosexuel

❐ L'érotisme urétral

Certains analystes orthodoxes (Fénichel) introduisent un « stade urétral » comme intermédiaire entre stades anal et phallique. Il nous paraît plus rationnel de considérer que, si le but premier de l'érotisme urétral est bien le *plaisir à uriner*, un plaisir de *rétention* existant également, les mots eux-mêmes que nous employons renvoient à l'évidence à l'analité. Nous en resterons donc pour notre part à l'idée que « l'urétralité » a surtout beaucoup à voir avec l'analité. Ce qui n'interdit pas d'en dégager quelque originalité et d'en dire quelques mots.

D'abord *auto-érotique*, le plaisir à uriner se tourne par la suite *vers des objets* (fantasmes d'uriner sur les autres par exemple) tandis que *l'énurésie* pourra, après l'auto-érotisme originel, acquérir la valeur d'un *équivalent masturbatoire inconscient*. Le plaisir à uriner aura en général un double caractère :

– *D'une part, et dans les deux sexes, une signification phallique*, voire sadique, la miction étant l'équivalent d'une pénétration active, liée à des fantasmes d'endommager ou de détruire.

– *D'autre part, il peut être ressenti comme un « laisser-couler »*, un plaisir passif de reddition et d'abandon des contrôles.

– *Chez les garçons*, le « laisser-couler » passif peut se condenser avec d'autres buts passifs comme d'avoir la verge caressée ou de recevoir des excitations au périnée (prostate). Ces mêmes buts passifs de l'érotisme urétral peuvent également se combiner avec des fantasmes plutôt sadiques comme le montre l'analyse de cas sévère *d'éjaculation précoce*.

– *Chez les filles*, la partie active sert plus tard à exprimer des conflits centrés le plus souvent sur *l'envie du pénis*. Quant à la signification passive du « laisser-couler » elle est ici souvent déplacée de *l'urine aux larmes*.

Quoi qu'il en soit, le contrôle du sphincter vésical entraîne *une fierté narcissique* qui serait due au fait que les parents font *honte à l'enfant* lors des échecs dans ce contrôle. D'autres pensent que la plus grande fréquence de la miction (par rapport à l'exonération anale) entraîne des récompenses également plus fréquentes, renforçant le sentiment de fierté. Mais si *la honte* reste pour Fénichel la force spécifique dirigée contre les tentations érotiques-urétrales, *l'ambition* serait le représentant spécifique de la lutte contre ce sentiment de honte.

❒ Masturbation infantile

Dès la phase orale, on assiste chez le nourrisson à l'éveil de manifestations érotiques spécifiques au niveau des organes génitaux eux-mêmes. Le déterminant occasionnel en est peut-être, outre les soins de toilette, *l'excitation naturelle de la miction*. À cette époque, les jeux manuels des enfants représentent ce qu'on appelle la *masturbation primaire*. À partir du moment où est en jeu la discipline du sphincter vésical, le plaisir hédonique étayé sur la miction va s'en dissocier pour chercher à se reproduire en soi, de manière répétitive. Et c'est ce qu'on désigne par l'expression de «*masturbation secondaire*».

Primaire ou secondaire, cette masturbation infantile précoce est souvent niée par les adultes, en fonction sans doute de leur propre Surmoi. Elle laisse cependant des traces profondes et *inconscientes* dans la mémoire et semble représenter une des causes principales de la fameuse *amnésie infantile*, laquelle est notamment rattachée à l'activité, réprimée par les parents, mais surtout *aux fantasmes érotiques* propres à cet âge (fantasmes masturbatoires la plupart du temps d'essence œdipienne donc angoissants et culpabilisants).

❒ Curiosité sexuelle infantile

– *La « découverte » de la différence anatomique entre les sexes* est en fait une expression ambiguë. En effet il n'y a encore pour l'enfant *qu'un seul sexe*, celui qui est représenté par les *êtres pourvus d'un pénis*. Que ce soit par la masturbation, que ce soit au cours de ses investigations, l'enfant va petit à petit prendre conscience de la *réalité anatomique du pénis*; et commencer à se poser des questions sur *l'existence ou la non-existence* de cet attribut corporel chez lui ou chez les autres. Dans le même temps, vont se poser d'autres énigmes : *origine des enfants*, *procréation*, *grossesse*…

– *La scène primitive.* Il faut entendre ici la scène ou les scènes au cours desquelles l'enfant a été — ou *fantasmé être* — le témoin du *coït des parents*. Cette scène primitive, ou encore *scène originaire*, fait partie selon Freud qui n'a pas d'emblée retenu ce point de vue, des *fantasmes* dits primitifs ou *originaires*, que la psychanalyse retrouve comme informant toute la vie fantasmatique, quelles que soient les expériences réelles des sujets (séduction, castration, abandon, etc.). Les mécanismes en cause ne sont pas simples ni univoques. Interviennent notamment :

- L'IDENTIFICATION à l'un des partenaires, parfois aux deux, et assez souvent dans le sens de la passivité, devant la puissance attribuée aux «grands».
- LA PROJECTION de la propre violence du sujet, cette «scène primitive» étant la plupart du temps vécue par l'enfant comme *sadique*, en fonction des bruits, cris ou gémissements perçus… ce qui peut déboucher sur l'agressivité.
- LE SENTIMENT D'ABANDON qu'induit chez l'enfant le fait d'être exclu de ces relations… ce qui génère un état variable de dépressivité.

– *La scoptophilie ou voyeurisme.* On peut rapprocher de la «scène primitive» cet instinct partiel (instinct devant concourir chez l'adulte au plaisir préliminaire mais qui, chez l'enfant, demande à être satisfait pour son propre compte)

qui est en fait souvent plus auditif qu'étroitement visuel. Par sublimation, il pourra plus tard donner lieu à l'épistémophilie, d'où naissent les chercheurs ou curieux de tous ordres.

❐ Théories sexuelles infantiles

À défaut de recevoir — ou de pouvoir intégrer — des réponses satisfaisantes à ses interrogations, l'enfant interprète les faits à sa façon, en fonction de son vécu libidinal, toute découverte étant subordonnée aux forces pulsionnelles dont il dispose progressivement. Ce sont notamment :

– Les théories infantiles de la fécondation :

• Fécondation orale par ingestion d'un aliment miraculeux ou par le *baiser*, cette croyance étant en général plus répandue chez la fille chez qui elle persiste parfois jusqu'à la puberté et même au-delà.

• Théories faisant appel à la *miction* et où le rôle de chacun des partenaires est mal précisé : uriner en même temps, uriner dans la femme, etc.

• Théories mettant en jeu *l'exhibition* des organes génitaux, dans un sens phallique d'abord.

• Quant à *l'échange du pénis contre un enfant*, il s'agit là d'une théorie déjà plus élaborée…

– **La naissance anale.** La croyance que les enfants sont évacués par l'anus est en rapport avec les fantasmes et les intérêts de réceptivité du stade anal. Puis apparaissent des élaborations plus évoluées : naissance par *l'ombilic*, ou à la suite d'une *extraction forcée* et sanglante du corps maternel. L'interprétation anale subit alors un *refoulement*.

– **La conception sadique du coït** dépend bien plus des *reliquats fantasmatiques du stade anal*, et des phénomènes *projectifs violents* que d'une quelconque réalité dont l'enfant aurait pu être forcément le témoin.

Problématique du « stade » phallique

Tel du moins qu'il a été isolé et défini par S. Freud, ce temps évolutif de la psychogenèse occupe une place ambiguë, qui en tout cas n'est pas sans soulever de nombreuses questions, théoriques et pratiques :

– D'une part en effet ce moment relève à l'évidence de la **prégénitalité** et du **narcissisme**, ce qui n'est pas sans conséquence, s'agissant et des fixations-régressions pathologiques fréquentes à ce niveau, et de la manière de les aborder par la thérapie analytique.

– D'autre part, il est aussi et à la fois, de manière plus ou moins synchronique, en quelque sorte l'envers, ou le contrepoint dialectique de l'Œdipe.

Nous ne sommes ni les premiers ni les seuls à nous poser de telles interrogations. Nous avancerons ici un point de vue qui, sans être à proprement parler original, a du moins le mérite, nous semble-t-il, d'apporter quelques clartés à cette question. Compte tenu des difficultés rencontrées pour l'exposition d'un tel sujet, nous prions par avance le lecteur de bien vouloir excuser les quelques redites peut-être, que nous ne saurions éviter.

OBSERVATIONS PRÉLIMINAIRES

À la lecture de ses écrits, nous constatons que Freud employait indifféremment l'un pour l'autre les termes de pénis et phallus, ce qui ne va pas sans générer bien des ambiguïtés. Il importe d'être ici très rigoureux et précis : le ***pénis*** est l'organe mâle dans sa réalité anatomique, alors que le ***phallus*** souligne la fonction symbolique attribuée à tort au pénis. Nous y reviendrons.

Il semble que pour Freud, ce qui caractérise le plus le phallus, c'est d'être un *objet détachable*, transformable et, en ce sens, ***objet partiel***.

« L'angoisse de castration » est l'expression consacrée pour désigner la réaction affective qui fait suite au constat de l'absence de pénis chez la fille, lequel constat entraîne chez le garçon la peur fantasmatique de le perdre, et chez la fille le désir de l'acquérir. Cette angoisse d'incomplétude ou du manque détermine *l'angoisse de la mort* contre laquelle le fantasme de désir *d'avoir un enfant* (sorte de duplication de soi) représente une défense courante.

Toutefois, une telle expression mérite exégèse dans la mesure où son emploi, très général et courant, peut prêter à confusion. Si un moment évolutif et génétique de type narcissique et prégénital appelé « phallique » est bien à distinguer du stade génital œdipien que nous étudierons plus loin, tout de même est-il clair que ces deux mouvements ont entre eux des liens très étroits.

Nous l'avons déjà dit, tous les stades ne sont pas d'un déroulement tranché, isolé les uns les autres. Or cela est particulièrement vrai des mouvements phallique et œdipien. Ces deux stades, l'un d'essence narcissique, l'autre référant à la libido objectale, se chevauchent et jouent l'un sur l'autre dans une dialectique continue, synchronique autant que diachronique, et finalement difficilement dissociable en réalité.

Nous en déduirons dès maintenant qu'il existe **deux** angoisses de castration, du moins au sens de la signification formelle prise par chacune de ces réactions :

– Une angoisse de castration *narcissique*, prégénitale et phallique, développée par définition autour du phallus et de ce qu'il représente subjectivement ;

– Une angoisse de castration *génitale*, œdipienne et objecto-centrée, où cette fois c'est le pénis qui est en cause, organe apte à procurer du plaisir (à soi-même et à l'autre).

Quelle qu'elle soit, une telle angoisse est *consciente* ou *préconsciente* chez l'enfant qui s'aperçoit du manque de pénis chez l'autre ou chez lui. Elle part d'une *interprétation fausse de la réalité* (fantasme de la mutilation pénienne qui n'est d'ailleurs pas assimilable à la castration vraie, laquelle consiste en l'ablation, *non du pénis*, mais des *gonades*) et c'est une interprétation à laquelle n'échappe aucun enfant.

Point n'est besoin de l'intervention des adultes pour que l'enfant « souffre » d'une angoisse de castration, face à laquelle il doit *apprendre à se défendre* et non *pas encore à capituler*. (Des auteurs comme Françoise Dolto distinguent ici *fantasme ou angoisse de castration*, phénomène *conscient*, naturel, transitoire et structurant ; et *complexe de castration*, phénomène inconscient, durable, source de souffrance, autopunitif et lié à la non-résolution heureuse de l'angoisse de castration.) Certes les adultes interviennent par des « interdictions castratrices » comme les défenses extérieures visant à réprimer les

activités chargées d'une quelconque valeur libidinale (curiosité, coquetterie de la fillette, dispositions batailleuses du garçon, etc.). Mais ces interventions interdictrices extérieures ne font que *sensibiliser*, et non créer, une angoisse de castration qui existe indépendamment d'elles et qui est non seulement *normale*, mais encore *maturante*.

L'enfant va donc refuser ce malaise ou cette angoisse, *s'en défendre* comme toujours, et dans cette lutte les attitudes du garçon et de la fille vont être différentes.

❐ Chez le garçon

Du fait, donc, de se savoir possesseur d'un pénis qui manque aux filles, le garçon *surinvestit* ce pénis :

– *Libidinalement* en tant qu'instrument de la satisfaction sexuelle (masturbation et ses fantasmes).

– Mais aussi et surtout en tant que symbole de la *valorisation narcissique de soi*, marquée notamment par les *tendances exhibitionnistes*, prédominantes à ce stade. On dit qu'alors le garçon s'est identifié à son pénis. Par ailleurs c'est le résultat de ce narcissisme poussé à l'extrême que la crainte, éprouvée par ce garçon, qu'on pourrait causer quelque mal ou dommage à son pénis.
À l'origine Freud mettait l'accent sur l'idée de facteurs phylogénétiques prédisposant l'individu à cette angoisse. Fénichel préfère la fonder sur la loi du Talion : l'organe qui a péché doit être puni.

– Dans un premier temps l'enfant essaie de **nier la réalité**. Et c'est au niveau de ce même déni de la différence que s'origine la *perversion* en général.

– Puis c'est grâce à un **souhait de réparation magique** que notre bonhomme cherche à se rassurer : cela leur poussera, pense-t-il des filles. Ce qui ne l'empêche pas de garder son angoisse, car même lorsqu'il perçoit et accepte la différence, il attribue le manque féminin, non à une condition fondamentale, mais à une *mutilation subie*, comme *sanction imaginaire*, infligée par les parents pour punir certains désirs et plaisirs analogues à ceux qu'il ressent lui-même comme interdits (masturbation).

– **Le refus d'étendre à toutes les femmes** cette absence de pénis est encore une défense, qui persistera même après que l'enfant aura dû se rendre à l'évidence. Seules, pour lui, ont dû subir ce sort, celles qui se sont rendues coupables de pulsions inadmissibles. Pendant longtemps il — et ceci est valable pour l'enfant des deux sexes — maintient sa croyance en une mère *pénienne* (mieux dit ici que phallique) qui, idéalisée, ne serait pas tombée sous le coup de la castration et garde à ses yeux ce pénis imaginaire, symbole et apanage du phallus, c'est-à-dire de la *puissance adulte*.
D'une façon générale, c'est un peu un abus de langage que de parler de « *mère phallique* ». En fait, on désigne par là *une imago de mère d'avant la distinction*, un personnage parental tout-puissant, et c'est tout. Quant à l'expression de « *femme phallique* », il faut reconnaître qu'il s'agit là d'un « *mot d'homme* », lequel projette facilement ses propres angoisses de castration sur le soi-disant « phallisme » des femmes. Ce qu'un tel homme recherche dans une telle femme, c'est à la fois une *mère* et un *objet érotique* (y compris de manière homoérotique).

❐ Chez la fille

Pour Freud, garçon et fille se ressemblent alors très fort. Le vagin serait ignoré et l'activité érotique est clitoridienne, le passage du clitoris au vagin, en tant que zone érogène dominante, ne survenant que plus tard dans la vie, le plus souvent aux environs de la puberté.

Découvrant son manque de pénis, la fille après une période de *dénégation* et d'espoir, se voit forcée d'accepter assez vite cette absence. Aucun déni ne peut effacer chez elle le *manque réel*, qui n'est pas vécu comme la menace d'une castration imaginaire mais comme un fait physiologique. Contrairement à ce qui se passe chez le garçon, ce constat et le grand désappointement qui s'ensuit, non seulement survient *avant l'Œdipe*, mais encore permet à la fille *d'entrer précisément dans l'Œdipe*. Toutefois il s'agit d'abord pour la fillette d'une véritable et profonde *blessure narcissique* entraînant un *sentiment d'infériorité* sur le plan corporel et génital, encore compliqué et renforcé par des *facteurs socioculturels* que personne ne songe à nier et dont il serait même fort intéressant d'étudier l'origine et la genèse, ainsi que la variabilité selon les civilisations ou les cultures.

Notre fillette va se défendre elle aussi contre ce malaise :

– Le premier élément à apparaître est un **thème de revendication**. C'est la fameuse *envie du pénis*, ou plutôt d'abord la *revendication phallique* (nous reviendrons sur ces expressions), assimilable au déni de la différence chez le garçon. La fille va jusqu'à penser que sans doute elle possédait un pénis et qu'elle l'a perdu, ce qui renforce en elle l'idée de le reconquérir.

– Forcée tout de même d'accepter son manque (ici encore narcissique car signifiant pour elle incomplétude, infériorité) la fille va en **faire grief à sa mère et se rapprocher du père**, réalisant ainsi ce moment capital de l'évolution psychosexuelle de la femme qui, contrairement au garçon, doit opérer un véritable *changement d'objet* pour entrer dans l'Œdipe. Freud pense que le facteur décisif en cause dans le détachement de la mère réside dans ce qu'on peut appeler ici le *complexe de castration* qui, après la blessure narcissique qu'il provoque chez la fillette, *dévalorise la mère*, atteinte de la même absence de pénis. Ainsi pourrait-on dire en tout cas, sans trop forcer les mots, que l'entrée dans l'Œdipe chez la fille et par conséquent son accession à la génitalité, est de nature plus ou moins *réactionnelle et défensive*.

– Autre défense, celle-ci de nature plus œdipienne : le **désir d'avoir un enfant** qui va remplacer le désir d'avoir un pénis. On dit que la libido de la fillette glisse le long de *l'équation pénis = enfant*. C'est dans ce but que la fille *élit le père pour objet d'amour* en abandonnant son premier objet libidinal, la mère, qui devient ainsi l'objet de sa jalousie, cette rupture d'avec la mère restant marquée d'une extrême *ambivalence*, du fait qu'elle est la première.

AUTRES CONCEPTIONS

Sans entrer ici dans trop de détails, nous relèverons que l'affirmation freudienne du *monisme sexuel phallique* pour les deux sexes a été par la suite vigoureusement contestée par certains psychanalystes, surtout féminins.

Pour ceux-ci, la fillette serait, dès le début, plus féminine que masculine, plus centrée sur l'intérieur du corps que sur l'extérieur et la *réceptivité vaginale* serait donc *primaire*. Ce n'est que secondairement, parce que les pulsions vaginales sont culpabilisées et ressenties comme dangereuses que celle-ci seraient refoulées et transférées sur le clitoris.

Au bout du compte, pour un grand nombre de psychanalystes actuels, la phase phallique de Freud serait une sorte de compromis — disons de type névrotique au sens de conflictuel — en relation, *dans les deux sexes*, avec les *désirs œdipiens culpabilisés* et entraînant la crainte d'être châtré en représailles (castration externe pour le garçon, interne pour la fille).

EN RÉSUMÉ

On a dit que le « stade » phallique est celui de la « découverte » de la différence des sexes. Ne devrait-on pas plutôt affirmer, en fonction de ce qui précède, qu'il représente la phase du *déni de cette différence*? Déni tout à fait caractéristique et qui va consister :

– Pour le garçon, à *nier la castration* (narcissique) par la négation du sexe féminin.

– Pour la fille, à *nier tout autant cette même castration* par la revendication du phallus (narcissique) *à travers la revendication du pénis* (le clitoris poussera).

À ce moment, le pénis n'est pas encore perçu comme un organe génital mais comme un *organe de puissance* ou de *complétude*, c'est-à-dire un *phallus*, d'où le nom qui fut donné à ce « stade ». L'enfant ne fait pas la différence entre un homme par rapport à une femme, mais entre *la présence* ou *l'absence d'un seul terme*. Les deux parents sont vécus en fonction de leur *puissance* ou de leur *faiblesse*, symbolisée par la possession ou le manque de pénis.

Ajoutons encore — et qu'on nous pardonne d'insister — que le sexe masculin véritable ne pouvant se définir que *par rapport à l'existence d'un sexe féminin* ***positif*,** la reconnaissance de cet aspect positif ne sera possible qu'à un stade *génital et post-œdipien*, chez la fille comme chez le garçon. À l'âge adulte, la femme dite *clitoridienne* est en fait une *femme passive*, contrairement à ce qu'on a coutume d'imaginer, et la femme vraiment génitale trouve son plaisir à entourer *activement* le pénis, sans angoisse, sans peur de l'engloutir ou de le détruire, pas plus que de châtrer son partenaire.

NARCISSISME ET GÉNITALITÉ (OU LE SEXUEL ET LE NARCISSIQUE)[1]

Amour de soi et sentiment d'identité, phallus, Idéal de Soi, blessure narcissique, traumatisme, violence fondamentale, angoisse de perte d'objet, dépression… tels sont les principaux paramètres d'une « lignée » fondatrice de la psyché humaine et diachroniquement évolutive qu'on peut appeler la « lignée narcissique ». En examiner les différents aspects comme ses modes de relation avec les autres composantes de l'organisation mentale fera l'objet de ce chapitre.

Problème du phallus

Étymologiquement, le mot phallus désigne une représentation, une image du membre érectile masculin, et par extension un emblème de puissance. C'est donc un symbole, un « signifiant », et le mot ne devrait donc pas servir à nommer le « pénis », attribut sexuel corporel qui a pour correspondant symétrique et complémentaire le vagin.

Ces deux organes — pénis et vagin — sont aussi achevés, puissants et complets l'un que l'autre et sont ressentis d'emblée par les êtres qui en sont respectivement porteurs comme le siège possible d'intenses plaisirs, reproductibles de manière active ou passive. On imaginerait donc volontiers que chacun pourrait s'en montrer satisfait, ce qui n'est pourtant pas le cas.

C'est que, en plus ou à côté (sans doute même à cause) de leur fonction hédonique, l'existence du pénis et du vagin induit chez l'enfant des intérêts, suscite des curiosités, génère des angoisses… qui se rapportent non pas seulement au plaisir sexuel (celui-ci, culpabilisé, donnera lieu à une angoisse de castration ***génitale***), mais encore, sinon surtout, met en cause plus ou moins dramatiquement le sentiment d'identité narcissique et d'intégrité corporelle.

Se découvrant en effet différent par la présence-absence d'un organe très visible, l'enfant de l'un et l'autre sexe est confronté à une réalité que, compte tenu de son équipement conceptuel du moment, il est incapable encore d'interpréter sexuellement. L'angoisse spécifique qui en résultera sera liée à l'idée — infondée mais exigeante — selon laquelle avoir un pénis est signe de complétude et d'achèvement, et ne pas en avoir (ou risquer de le perdre, ce qui revient au même) signe de dépossession ou de manque. Autant de sentiments référant à la dépression. On peut donc parler ici d'une angoisse de castration ***narcissique***.

1. Le présent chapitre, qui nous retiendra assez longuement, se veut une suite à la fois synthétique (d'où quelques redites sans doute) et complémentaire de ce qui précède. Il débouchera sur un aperçu des problèmes psychopathologiques soulevés par la clinique et la thérapie de la dépression.

Ainsi le mot « phallus » aurait un double sens :

– D'une part il fait figure ***d'interprétation*** — fausse — selon laquelle le possesseur du pénis serait le seul être achevé et complet. L'enfant perçoit juste en observant une différence de nature, mais la conclusion qu'il tire de sa perception est erronée en ce qui concerne une hiérarchie des sexes.

– D'autre part — sens positif, à l'envers du précédent — le phallus serait aussi une ***représentation*** (comme le suggère l'étymologie) qui le rendrait assimilable au narcissisme existentiel, autrement dit au sentiment d'identité propre, intégrant tout autant l'identité sexuée que l'identité tout court. Selon quoi toutes les femmes, comme tous les hommes, ont évidemment un droit naturel à posséder un « phallus » symbolique. Que les seconds comme les premières puissent s'en ressentir dépossédés, et nous voici dans le domaine de la pathologie, celle encore une fois du narcissisme et de la dépression.

En somme, la fameuse « envie du pénis » décrite par Freud pourrait avoir deux versants : l'un plus proprement « génital », expression de l'identification naturelle à l'autre sexe (l'homme lui aussi, et pour partie, s'identifie à la femme dans sa relation à celle-ci) ; et un autre versant, « narcissique » celui-là, et davantage conjoncturel, bien des « réalités » bio-socio-psychologiques restant souvent contingentes dans l'histoire de l'humanité.

Problème du narcissisme

Le terme de narcissisme (tout autant que ceux de « phallus », « sexe » ou « castration ») n'est pas de sens univoque. On a d'ailleurs écrit et ré-écrit à propos du narcissisme et de sa spécificité, et il est hors de question de reprendre ici tous les aperçus théoriques auxquels ces recherches ont donné lieu. Nous nous limiterons à ce qui peut être utile à l'étude de sa pathologie, c'est-à-dire de la dépression.

On peut admettre que Narcisse et Œdipe désignent « de façon différentielle deux modèles distincts de fonctionnement affectif et relationnel [et que] ces deux courants correspondent à des étapes topiques et psychogénétiques en parfaite continuité progressive ». Mais on peut aussi ajouter que ces deux courants pourraient se voir considérés comme « un conflit diachronique à la fois initial et permanent (donc synchronique) chez tout individu ». Au bout du compte le conflit se situe « comme une opposition entre deux générations de conflits »[1]. Autrement dit, tout en étant d'apparition successive dans le temps du point de vue de la psychogenèse, Narcisse et Œdipe n'en demeurent pas moins des acteurs concomitants, agissant en alternance ou en même temps tout au long de l'existence.

Ajoutons que, malgré qu'on ait pu attribuer au premier une fonction non seulement pré- mais anti-génitale, ils ne sont pas antinomiques, mais au contraire idéalement collaborateurs, lorsque du moins leur mise en œuvre équilibrée, leur intégration, se montre réussie. En fait le mot « narcissisme » souffre de son

1. BERGERET J. *La pathologie narcissique*. Dunod 1996.

histoire, c'est-à-dire de l'habitude fâcheuse qui a été prise de l'utiliser pour désigner ses seuls avatars ou dérapages, autrement dit sa seule pathologie.

Il est vrai que la malheureuse odyssée du personnage dont on lui a donné le nom a de quoi rendre circonspect. On y voit un héros dévoré d'amour pour un objet qui n'est autre que lui-même. Or l'exclusivité de cette relation immature, auto-centrée, érotisée plus que sexualisée, arrêtée à une contemplation spéculaire de l'identique au « Soi » du sujet ne peut mener qu'à l'échec mortel final. Mais il existe fort heureusement un autre aspect du narcissisme qui, faisant de celui-ci le gardien et le témoin de la vie, l'élève au rang de protecteur parfaitement positif de la psyché.

On peut ainsi décrire un narcissisme — un « bon » narcissisme — qui promeut la constitution d'une image de soi unifiée, achevée, accomplie et entière ; qui, « complément libidinal de l'égoïsme » propre à l'instinct de conservation comme disait Freud, n'en dépasse pas moins l'auto-érotisme primitif pour favoriser l'intégration d'une figuration positive et différenciée de l'autre, et notamment de l'autre dans son statut sexué ; enfin qui suscite et entretient l'indispensable et minimal « amour de soi » nécessaire à toute survie physique et mentale, dans l'expression clinique quotidienne d'un véritable « plaisir de fonctionnement ».

On peut encore ajouter ceci. L'important est ce qui se passe au niveau de la communication/liaison entre les différents niveaux, rouages ou étapes tant de la genèse que de l'organisation achevée de la psyché. Ce qui compte, chez un sujet donné, ce n'est pas tant une « architecture » fixée, ou décrite en termes de type structurel fermé et immobile, que les capacités mobilisatrices de ce sujet, son aptitude à utiliser avec souplesse les différentes composantes partielles de son organisation mentale, et en particulier sa liberté ou non à lier (la « Bindung » de Freud) notamment son narcissisme et sa sexualité.

« Stade » phallique

Classiquement répertorié depuis S. Freud comme un intermédiaire évolutif entre la phase anale à laquelle il succède et la phase œdipienne qu'il introduit, le « stade phallique » est généralement étiqueté sous la rubrique des stades dits « prégénitaux ». Les choses sont pourtant complexes à cet égard.

En effet l'enfant, qui dépasse alors grosso modo sa troisième année, a pu instaurer une relative unification de ses pulsions partielles sous un certain primat, celui *des organes et des fantasmes génitaux*. Mais on ne peut pas encore parler de primat *du génital*, autrement dit d'une véritable génitalisation de la libido. En fait l'enfant n'est pas encore capable de différencier un « sexe » à proprement parler. Il ne peut voir dans l'organe mâle, le pénis, qui est à cet âge l'objet prévalent de son observation et de sa curiosité, qu'une partie du corps dotée de la simple signification attributive d'une existence et d'une possession. Et cela est vrai tant pour le garçon qui en est pourvu que pour la fille qui ne l'a pas. Pour l'un et l'autre ce pénis n'est pas un « sexe », mais un appendice anatomique ayant valeur — outre ses potentialités hédoniques auto-érotiques — de signe gratifiant le sentiment de complétude et d'achèvement corporel. Si l'on ose le heurt sémantique, le pénis n'est alors qu'un « **sexe narcissique** ».

On retrouve donc avec le « stade » phallique le même problème de positionnement par rapport à l'Œdipe que celui décrit plus haut à propos du narcissisme vis-à-vis de la génitalité. C'est pourquoi il serait plus satisfaisant, pour désigner cette étape séquentielle de la psychogenèse, de parler justement de « **position phallique** ». Une « position » qui, occupant à l'origine le cours d'une phase évolutive diachronique, restera d'ailleurs synchroniquement présente et active, par répétition ou permanence structurale, pendant toute la vie.

Idéal « du moi » et idéal « de soi »

Le terme d'« Idéal du Moi » n'est pas aujourd'hui sans soulever de nombreuses interrogations.

On sait que « Idéal du Moi » ou « Moi Idéal » (formulations primitivement synonymes) sont les expressions par lesquelles Freud nomma une substructure du Moi, « *héritier du narcissisme* » précise-t-il. Cet Idéal, promulgué par l'autre et principalement l'objet narcissique maternel, impliquant le propre père de la mère, remplit en quelque sorte une fonction vocationnelle, en soumettant l'enfant à l'injonction incitative virtuelle : « fais ceci ; sois grand, beau, fort, sous-entendu comme tes parents ».

Modèle auquel le sujet cherche à se conformer et référence permanente du Moi, l'Idéal du Moi est à la fois et en même temps le substitut du narcissisme perdu de l'enfance (toute-puissance infantile) et le produit de l'identification aux figures parentales ainsi qu'à leurs relais sociaux.

Cela étant, observons que le mot « Moi » a été retenu pour traduire l'allemand « *Ich* » qui signifie « Je » et non « Moi ». En outre « Moi » n'est pas un nominatif mais un accusatif ; il ne saurait donc désigner la personne verbale qui tient la place du sujet. En toute rigueur sémantico-linguistique il convient donc de remplacer « Moi » par « Soi », forme réfléchie qui va d'ailleurs dans le sens des travaux tant de Freud (1914) que d'Abraham, travaux selon lesquels le Moi est le siège d'un investissement libidinal comme n'importe quel objet extérieur. Autrement dit le Moi n'est pas seulement un médiateur entre le « Je » et la réalité externe, mais aussi (et il s'agit alors d'un « Soi ») un objet d'amour. Apparaît ainsi une « *libido du Soi* » (meilleure appellation que « libido du Moi ») opposée à la libido d'objet.

Ces aperçus théoriques ne sont pas sans importance pratique. En effet, après la première génération freudienne qui fait de la sexualité la clef de l'élucidation des névroses, après les kleiniens, qui placent la haine et la destruction au cœur de toute relation d'objet, voici une troisième voie de recherche. Elle vise à recentrer l'intérêt de la psychanalyse sur des troubles mixtes, de plus en plus souvent rencontrés en clinique quotidienne d'ailleurs, qu'on a dénommés borderlines ou états-limites, et qui paraissent liés essentiellement aux représentations et à l'identité de soi. On passe ainsi, sur le plan théorique, à l'idée d'un Soi (*Self* [1]) devenu objet de tous les investissements narcissiques.

1. Terme couramment utilisé par les anglophones.

Les recherches développées en France (Grunberger[1], Bergeret[2]) sont productrices d'une riche élaboration de concepts nouveaux, théoriques et pratiques, comme ceux de « dyade et triade narcissique », de « traumatisme précoce », de « violence fondamentale », de « dépression essentielle », etc.

Dépression

C'est l'expression majeure et quasi spécifique de la pathologie du narcissisme. Il nous paraît donc aussi naturel qu'obligatoire de terminer notre propos par un aperçu théorico-clinique de cette affection si fréquemment rencontrée en pratique quotidienne.

Faisons d'abord mention d'un préjugé tenace qu'il n'est pas exclu de rencontrer même dans les milieux spécialisés. Ce préjugé consiste à donner une importance nettement excessive à l'existence de ce qu'il est convenu d'appeler les dépressions « *réactionnelles* ». Autrement dit, pour nombre de psychopathologues, et comme le veut la plupart du temps le sens commun, bien des dépressions relèveraient de « causes » immédiatement proches et identifiables : non seulement émotionnelles ou affectives, mais sociales, économiques, etc. Or, il paraît difficile de souscrire sans d'expresses réserves à cette manière de voir. De telles dépressions sont rares en effet, voire rarissimes, à moins de faire d'un chagrin naturel, même intense, consécutif à un deuil cruel par exemple, une « dépression » qui n'en est pas une. Soit dit en passant, une telle conception n'est pas sans conséquence sur le plan thérapeutique.

En second lieu, l'on dira volontiers : « Mais enfin qu'a-t-il donc (ou elle) à se déprimer ainsi? Il (ou elle) a tout pour être heureux(se)! », en se scandalisant au passage de ce que le « bonheur » ne représente pas un vaccin ou une pilule efficace contre la dépression. En vérité peu de cliniciens, hélas, en viendront à se poser ici les bonnes interrogations, un grand nombre cédant à la facilité qui consiste à recourir à la répression symptomatique que permet l'usage d'une pharmacopée moderne et reposante dont on connaît l'essor, ainsi qu'à long terme les piètres résultats.

Troisième observation : les déprimés vont généralement beaucoup mieux — le fait est bien connu sinon interprété — lorsqu'ils traversent des difficultés réelles, parfois graves, y compris des deuils objectifs particulièrement douloureux. Étrange énigme, jugée contradictoire, paradoxale, incompréhensible sinon irritante. Alors que la psychanalyse nous apprend tout simplement que le besoin masochiste et inconscient de punition chez le déprimé ou le dépressif est naturellement satisfait par un malheur réel.

Transition pour avancer que — en mettant à part le point de vue des neurosciences, qui ramènent tout fonctionnement mental, et en conséquence toute pathologie en ce domaine, à une question étroitement « scientiste » de jeux de

1. Grunberger B. « Le narcissisme » Payot 1971.
2. Bergeret J. « La violence fondamentale » Bibliothèque scientifique Payot 1994.

synapses et de neuro-transmetteurs — il n'est aujourd'hui que la psychanalyse pour oser proposer une tentative cohérente de compréhension étio-pathogénique de la dépression. Les neurosciences n'ont en effet jamais réussi jusqu'à ce jour à donner des maladies mentales une explication causale satisfaisante. Les thérapeutiques biologiques dont elles ont permis le développement ne sont que des thérapies symptomatiques, des «*camisoles chimiques*», le mot fut bien trouvé, dès les années soixante.

La pratique psychanalytique nous montre de plus que dépressivité et dépression se développent sur un terrain préparé et favorable, autrement dit dans le cadre d'une certaine structure, d'une certaine organisation de la personnalité. Ne fait pas une dépression qui veut, il faut y être prédisposé. La question est maintenant de savoir d'où vient cette prédisposition.

Mettons à part les grandes dépressions psychotiques, rentrant dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive, dont il n'est pas exclu qu'elle puisse relever d'un engramme bio-génétique plus ou moins héréditaire, comme certaines études tendent à le montrer.

On constate chez les déprimés, et quel que soit le type de leur dépression, des symptômes qu'on pourrait appeler «génériques». À côté du ralentissement idéo-moteur, qui ne manque jamais, le *sentiment de non-valeur* est le plus souvent au premier plan, exprimé par des idées de ruine, d'indignité, de honte, de culpabilité… pour des «fautes» ou des «erreurs», présentes ou passées, parfaitement imaginaires. Ces idées, témoins de profondes modifications des processus de pensée, peuvent aller jusqu'au délire, et bien entendu conduire au suicide, risque majeur de toute dépression vraie. Que signifie cette auto-dépréciation, cette perte de l'estime de soi réellement constitutive de la phénoménologie de la dépression?

En fait, en profondeur, toute dépression est bien d'une certaine manière «réactionnelle», mais pas au sens critiqué plus haut. L'enjeu réel d'une dépression est celui d'un *deuil intérieur,* d'une perte de l'objet narcissique constitutif du Soi, c'est-à-dire du sentiment de valeur. La souffrance éprouvée est liée essentiellement à la dévalorisation de l'image narcissique de soi-même, quel que soit le facteur conjoncturel du moment. Ce qui explique mieux l'angoisse d'abandon ou de perte d'objet qui caractérise l'économie de la dépression; mieux aussi peut-être la relation d'objet dite «anaclitique» (tiré du grec *anaclinein*, signifiant s'appuyer sur ou contre un autre), qui représente une sorte de tentative positive de combler en permanence le manque intérieur éprouvé.

Mais plutôt qu'il soit perdu, l'objet narcissique interne n'a probablement jamais été constitué, en tout cas de manière complète et satisfaisante, chez les sujets dépressifs et/ou déprimés. Le deuil est donc peut-être davantage celui d'une non-constitution que d'une perte, ce qui fonctionnellement, sinon structurellement, revient au même. À quoi il faut ajouter que, établie dans la prime enfance au cours du développement de la psyché, cette non-constitution, relevable de causes qui ne peuvent nous retenir ici (essentiellement carences ou complications dans les relations primitives au niveau narcissique) est de ce fait historique. «Maladie» du narcissisme, la dépressivité, tout comme la dépression, est un trouble du *développement* du narcissisme. Elle a pu devenir permanente chez de telles personnalités, c'est-à-dire structurelle.

NOTATIONS D'ORDRE THÉRAPEUTIQUE

Prendre en charge un déprimé n'est pas une chose aisée, ni dépourvue de risque.

La première nécessité, pour le psychothérapeute ou l'analyste, sera la compréhension des phénomènes observés ; et la seconde nécessité sera la patience. La thérapie d'une dépression est obligatoirement longue et délicate.

Il s'agit en effet de se garder de toute interprétation prématurée de ce qui pourrait apparaître comme du « matériel œdipien », ce qui serait la meilleure façon de se faire le complice d'une forme de résistance (par l'Œdipe justement) qu'utilise volontiers le patient. Ce qui serait aussi et du même coup favoriser l'échec de la cure. Ne pas oublier que la culpabilité pulsionnelle protège de la blessure narcissique.

Troisièmement, on se maintiendra vigilant devant toute participation contre-transférentielle qui risquerait, plus ou moins consciemment, d'être empreinte de sollicitude active. La neutralité et la fermeté restent ici de règle.

Au bout du compte l'on gardera en tête le conseil que donne en substance Béla Grunberger pour d'ailleurs toute psychothérapie, analytique ou non : *frustrer les pulsions certes, mais surtout confirmer le narcissisme.* C'est à une restauration de celui-ci que l'on devra collaborer, dans un premier temps qui pourra être fort long. S. Freud lui-même disait qu'en « *cessant d'infliger au patient les interprétations* (génitales) *habituelles, on pourrait sans doute plus facilement aller de l'avant* ».

STADES GÉNITAUX

Complexe d'Œdipe

Par son rôle fondamental *d'organisateur central* dans la *structuration de la personnalité*, le complexe d'Œdipe, auquel Freud a donné son nom par analogie avec le mythe antique, représente l'axe de référence majeure de la psychogénétique humaine pour les psychanalystes *freudiens*, quelle que soit l'appartenance d'école de ces derniers.

Le conflit en cause (qui apparaîtrait selon les opinions classiques entre 3 et 5 ans) est un conflit désormais ***sexuellement*** *spécifié*, inscrit dans une *problématique à trois* — on dit aussi ***triangulaire*** ou *ternaire* — entre les trois personnages familiaux que sont l'enfant, son père et sa mère, inaugurant enfin la véritable *génitalisation de la libido*.

Généralités et définition

❒ Découverte du complexe d'Œdipe

C'est au cours de sa propre auto-analyse que Freud nous dit avoir découvert ce complexe, auto-analyse qui lui permet d'apprendre qu'à une certaine époque de sa prime enfance sa « *libido* [se serait] *tournée vers matrem* » (noter cette latinisation du nom de la mère dans le texte de Freud) tandis qu'il aurait

éprouvé en même temps pour son père *une jalousie en conflit avec l'affection qu'il lui portait*.

Telle est bien, dans son apparente simplicité, la formulation de la situation œdipienne ainsi qu'on l'entend généralement pour le garçon, situation dont *l'aspect négatif* — ici l'hostilité à l'égard du père — a été longtemps plus difficile à faire admettre en raison tant de *l'ambivalence* que de la *couverture affectueuse réactionnelle* existant à l'égard du père (Œdipe devenu Hamlet, disait Freud) qui peuvent masquer cet aspect négatif.

Toutefois, et au-delà des simplifications courantes, l'expérience s'avère sans aucun doute beaucoup plus complexe. En effet, il ne s'agit pas seulement, ni peut-être même surtout, d'une situation de rivalité amoureuse simple. Une telle situation revêt des *formes diverses* et cela chez le *même enfant*. Prenons pour type le *cas du garçon*, dont le complexe d'Œdipe va se présenter :

– Soit sous la forme dite **positive** avec :

- son aspect positif proprement dit (mais il vaudrait mieux dire libidinal) : l'amour de la mère ;
- son aspect négatif (ou mieux agressif) : la haine du père.

– *Soit sous la forme* **négative** ou **inversée** dans laquelle :

- l'aspect positif ou libidinal est représenté par l'attitude féminine tendre du garçon à l'égard du père ;
- tandis que l'aspect négatif ou agressif sera l'hostilité jalouse ressentie à l'égard de la mère.

– Soit enfin et le plus souvent dans toute une série de **cas mixtes** et aussi de **périodes mixtes** où les deux formes précédentes peuvent jouer en même temps ou séparément dans une relation dialectique mettant en jeu, outre *l'ambivalence* à l'égard de *chacun des deux parents, les composantes hétéro-sexuelles et homoérotiques* de chaque enfant. Ces deux formes (positive et négative) « se retrouvent à des degrés divers dans la forme dite *complète* du complexe d'Œdipe » (Laplanche et Pontalis).

❒ Anthropologie psychanalytique

Elle s'attache à retrouver la structure triangulaire de l'Œdipe, dont elle affirme *l'universalité*, dans les cultures les plus diverses et pas seulement — comme le soutient par exemple Malinowski en arguant du « relativisme culturel » des complexes fondamentaux — dans les sociétés de type patriarcal et où prédomine la famille conjugale.

Certes, en tant que modèle imaginaire sous lequel il est vécu, le complexe d'Œdipe est sans aucun doute influencé par la nature de *l'institution sociale qu'est la famille*, et, partant, susceptible de changer au gré des transformations de celle-ci comme d'ailleurs on a pu le montrer. Mais les différences effectivement observées dans *les formes d'expression* de l'Œdipe suivant les sociétés et les cultures, ne font que confirmer la thèse de Freud qui tend à dégager *l'importance de la structure familiale* dans l'établissement d'un *système symbolique* destiné à transmettre, dans un contexte socioculturel donné, *une loi fondamentale* dans les rapports sociaux.

❒ Prohibition de l'inceste

Cette loi se retrouve toujours et partout, condition *universelle et minimale* pour qu'une « culture » se différencie de la « nature » (Lévi-Strauss).

Dès ses premières formulations, Freud fait d'ailleurs référence à un déterminant qui transcende l'histoire et les variations du vécu individuel. Il est donc nécessaire ici de rappeler l'hypothèse développée dans « Totem et Tabou » (1912-1913), hypothèse certes discutable et invérifiable mais à entendre comme un mythe, traduisant l'exigence posée à tout être humain d'avoir à maîtriser la situation œdipienne et selon lequel l'humanité primitive est supposée avoir été organisée en hordes conduites par un chef qui aurait été un jour tué et mangé par ses fils, ce meurtre du père primitif étant considéré comme le moment originel de l'humanité. Cette incorporation aurait inauguré le premier « remords » — c'est-à-dire *le premier péché* — et la première *inhibition*.

❒ Sur la question d'une « structure » préœdipienne

La position de Freud restera nuancée. On sait toutefois qu'il a toujours admis qu'il existait dans la vie de l'individu une période antérieure à l'Œdipe, contrairement à l'école kleinienne qui fait remonter le complexe d'œdipe à la position dite dépressive dès qu'intervient la relation à des personnes totales. Aussi bien lorsqu'on différencie, voire lorsqu'on oppose le *péœdipien* à l'Œdipe, souligne-t-on l'existence et les effets d'une *relation complexe*, de *type duel*, entre la mère et l'enfant, et s'attache-t-on à retrouver les fixations à une telle relation dans les diverses structures psychopathologiques. Dans cette perspective peut-on encore tenir pour absolument valable la célèbre formule qui fait de l'Œdipe le « complexe nucléaire des névroses »? On peut faire les remarques suivantes :

– Il semble que l'on parle actuellement plus volontiers de « **triangulation** » que de « conflit œdipien » au sens où l'entendait Freud. Et l'on met de plus en plus l'accent sur le moment assez précoce où, après la naissance, la mère « retourne dans le lit du père » c'est-à-dire réinvestit son partenaire sexuel, désinvestissant du même coup son enfant, du moins de façon relative mais de façon traumatisante pour lui (v. à ce propos le livre de Denise Braunschweig et Michel Fain : « Éros et Anteros »).

– **L'âge de l'Œdipe** est d'abord resté pour Freud relativement indéterminé. Une fois affirmée l'existence d'une organisation *génitale* infantile, l'Œdipe est rapporté à cette phase, soit schématiquement à la période allant de 3 à 5 ans. Cependant la pensée de Freud évolue sur ce point : après avoir d'abord affirmé que l'Œdipe serait détruit vers 5 ans, du moins chez le garçon, il admettra par la suite qu'il n'est alors que refoulé, le choix de l'objet ne s'effectuant pleinement *qu'à la puberté.* La « sexualité » infantile demeurant donc essentiellement auto-érotique.

– *Le problème enfin de* **l'Œdipe féminin** se rattache à cette question et notamment par la mise en valeur de *l'attachement préœdipien à la mère*, particulièrement repérable chez la fille dans la mesure où le complexe d'Œdipe signifiera pour elle un changement d'objet d'amour, de la mère au

père, ce qui a incité les psychanalystes à mettre en évidence la spécificité de l'Œdipe féminin.

❒ Essai de définition

Au terme de ces généralités, on peut en résumé et sans prétention exhaustive, définir l'Œdipe comme : *une problématique relationnelle fondamentale de la dimension sociale*; *conflictuelle et structurante*; *historique* au sens où elle survient à un moment relativement précoce du développement de chaque individu et où elle confère à l'évolution affectivo-sexuelle de ce dernier et à son pronostic un caractère de *quasi-conclusion*; *universelle*; spécifiée enfin par une *structure triangulaire* entre *l'enfant*, son objet *naturel* et le *porteur de la loi*.

Encore faudrait-il insister sur la caractère *fondateur* de l'Œdipe, en tant qu'il représente le nœud originel de toutes les relations humaines, et sur son rôle fondamental dans la *structuration de la personnalité* et dans *l'orientation que devrait avoir le désir d'un adulte*, rôle qui s'atteste dans les fonctions capitales qui lui sont reconnues et notamment :

– Choix de l'objet d'amour définitif,

– Accès à la génitalité,

– Effets sur la constitution d'un authentique Surmoi et du véritable Idéal du Moi.

Relation d'objet œdipienne

❒ Histoire d'Œdipe

Telle qu'elle se présente dans la tragédie sophocléenne, elle ne nous retiendra pas ici, elle est dans toutes les mémoires. Nous rappellerons cependant qu'après « Œdipe-Roi » (430 av. J.-C.), Sophocle écrivit aussi — à 90 ans, ce qu'il n'est pas superflu de signaler — « Œdipe à Colone » (406 av. J.-C.) où un Œdipe vieilli, toujours physiquement aveugle et conduit par Antigone, n'en a pas moins retrouvé une clairvoyance sereine et apaisée sur son destin tragique, lui permettant d'assumer celui-ci avec lucidité et force d'âme.

Ajoutons que c'est lorsque des *fixations archaïques* fortement investies, au père et (ou) à la mère, sont reproduites sur un autre homme ou une autre femme qu'il y a *névrose*. Autrement dit, *surmonter les tendances œdipiennes* représente une condition préliminaire pour l'accès à la sexualité adulte normale, alors que *s'y accrocher inconsciemment* revient à poser la pierre angulaire de la névrose.

❒ Complexe d'Œdipe chez le garçon

Le développement des relations objectales est ici relativement simple puisque le garçon reste attaché à son premier objet, la mère, et quoique la personne de celle-ci change évidemment de sens au plan de l'investissement.

• **D'abord dépendant de la mère**

Dépendant du *pouvoir* et du *désir* de la mère, puis *confronté aux relations entre les parents*, le garçon introduit le père dans la dyade initiale mère-enfant, en même temps qu'il prend conscience de ce que *l'objet du désir maternel* se trouve en fait chez le père, qui possède le phallus lequel est *l'attribut de l'autorité*, de la puissance, de la loi. Dès lors notre garçon va manifester deux sortes d'attachement.

• **Investissement objectal de la mère**

C'est d'abord bien entendu un **investissement franchement sexuel** de la mère, pour la conquête de laquelle il va déployer toutes les ressources captatives et agressives qui affirment sa position phallique. Grâce à une première identification à son père, il peut même se sentir participer à sa puissance magique. Pourtant, dès ce moment et *au contact de la réalité* :

– L'**agressivité** pulsionnelle brute subit une sublimation (activités ludiques, performances scolaires).

– De même le **but hédonique** primitif est lui-même sublimé en but sentimental qui permet à l'enfant de gagner l'estime des grandes personnes et de fortifier sa confiance en soi.

Quoi qu'il en soit, dans sa tentative de conquête de l'objet maternel, le garçon rencontre *un rival* en la personne de son père, rival *qu'il jalouse du fait de sa supériorité* réelle et qu'il *surestime* du fait de sa signification symbolique, tandis que les fantasmes œdipiens ne font que *renforcer les thèmes fantasmatiques de la castration.*

La culpabilité de l'enfant devient croissante, car c'est *la présence*, réelle ou symbolique, de l'image paternelle qui suffit à affirmer *le droit* contre lequel s'insurge l'enfant.

• **Attachement libidinal au père**

Le deuxième type d'attachement consiste, même dans la forme dite positive de l'Œdipe du garçon, en cet attachement libidinal au père, lequel doit être capable de soutenir l'investissement fantasmatique de son garçon sur deux plans :

– Celui d'un *rival à supplanter* certes.

– Mais aussi et peut-être même surtout d'un *modèle à imiter*, à qui ressembler (par le processus de *l'identification*). Le désir du fils *ne se réduit pas à supplanter* son père, mais aussi *à l'imiter* en tant que modèle. Cela suppose que le garçon a *besoin* d'investir le père, possesseur mâle de la mère, de *libido passive*. Autrement dit, imiter le père signifie aussi *plaire au père*, se laisser façonner, modeler, voire féconder par lui… ce qui définit typiquement une position *homoérotique passive* dont le rôle à ce stade n'a rien que de maturant et de structurant.

Quoi qu'il en soit, cet attachement proprement libidinal au père de la part du garçon rend compte à la fois :

– Du problème d'ailleurs complexe de la **double identification** maternelle et paternelle de l'enfant.

– Du fait que les relations au père du garçon à la phase œdipienne sont marquées avant tout par *l'ambivalence*, et non réductibles à une simple manifestation de haine.

– Enfin, d'un autre aspect de la psychogenèse de la « bisexualité » humaine dont nous avons déjà relevé les déterminants d'ordre anal.

- **Compétition œdipienne fantasmatique et non réelle**

En effet, la mère a déjà choisi le père et elle ne peut donner au garçon que des consolations maternelles déliées de libido érotique. Dès lors :

– L'assurance de l'inutilité de ses efforts permettra à l'enfant :

  • de *surmonter son angoisse de castration*, elle-même déterminante dans l'abandon de l'objet incestueux ;

  • de *renoncer* à la fois à la tentative de séduction érotique de la mère et à la compétition avec le père ;

  • enfin de viser à la *conquête d'objets de remplacement*. Car la liquidation complète du conflit œdipien s'accompagnera d'un détachement qui, sans détruire les objets antérieurement investis, permettra au garçon de « *faire le deuil* » de ces objets en libérant l'énergie libidinale prête à être réinvestie dans de *nouveaux objets*.

– Mais il faut aussi que le garçon puisse abandonner toute attitude de séduction à l'égard du rival paternel.

L'attitude féminine tendre du garçon à l'égard du père n'est structurante que dans la mesure où elle peut être dépassée. Faute de quoi cette fixation contribuera à déterminer des attitudes homoérotiques passives inconscientes, pour autant qu'il existera un *complexe de castration* (inconscient) qui témoignera d'une non-résolution de l'Œdipe.

EN RÉSUMÉ

Nous trouvons chez le garçon la séquence suivante :

– Désir œdipien.

– Menace fantasmatique de castration par le père et angoisse de castration surmontée à la fois par l'identification au père (agresseur) et la renonciation à la mère (objet incestueux).

– Fin brutale de l'Œdipe et entrée en latence.

Chez la fille, il en va différemment puisque, alors, c'est au contraire l'angoisse de castration qui serait pour Freud à l'origine du désir œdipien.

❒ Œdipe de la fille : le changement d'objet

Le développement objectal est ici plus compliqué puisqu'il faut que la fille accomplisse un pas supplémentaire, le *transfert de la mère au père*.

– Les expériences importantes sont les **déceptions qui détournent la fillette de sa mère**. Parmi elles, nous trouvons le sevrage, l'éducation à la propreté, la naissance des frères et sœurs… mais il existe en outre une déception spécifiquement féminine encore plus importante : *la fillette a l'impression qu'elle possédait autrefois un pénis et que sa mère le lui a pris.*

– Son but est maintenant **d'obtenir du père ce que sa mère lui aurait refusé**. Or, écrit Freud, «*Le renoncement au pénis* [trop longtemps confondu avec le phallus narcissique, auquel la fille a droit tout autant que le garçon] *ne se réalise qu'après une tentative de dédommagement :…obtenir comme cadeau un enfant du père, lui mettre au monde un enfant*». Dès lors en tout cas les *tendances réceptives* remplacent les tendances actives. Et la fille va vers le père — et secondairement les hommes — *non plus ici dans une attitude de revendication virile* mais pour capter l'admiration de celui que sa mère avait choisi comme objet d'amour c'est-à-dire pour séduire celui-ci.

– À ceci s'ajoute — de façon analogue à ce qui se passe chez le garçon — une **haine jalouse, chargée de culpabilité envers la mère**. Cependant, certains vestiges de l'attachement préœdipien à la mère — plus long, rappelons le, que chez le garçon — continuent à exister et l'on admet généralement que les femmes *sont plus ambivalentes envers leur mère* que les hommes envers leur père.

❐ Déclin du complexe d'Œdipe

L'évolution du complexe d'Œdipe va permettre à Freud de saisir la spécificité du destin masculin et féminin.

– **Le garçon** renonce aux désirs sensuels dirigés sur la mère et aux souhaits hostiles envers le père et cela sous le choc de la menace de castration. Dans les termes de Freud il ne s'agit pas d'un simple refoulement du complexe, mais d'une véritable mise en morceaux, d'un éclatement et même d'une destruction. En fait nous avons déjà relevé les variations de la pensée de Freud à ce sujet. On sait d'autre part qu'il existe un *deuxième mouvement œdipien* au moment de la *puberté*, laquelle laisse à l'individu la dernière chance de résoudre l'Œdipe *spontanément*.

– **Chez la fille**, le renoncement au complexe d'Œdipe est *plus graduel et moins complet*. Ce renoncement provient de la *peur de perdre l'amour de la mère*, peur qui ne constitue pas une force aussi puissante et aussi dynamique que celle de *l'angoisse de castration*, laquelle joue cependant son rôle également. Enfin la *blessure narcissique* (liée à la réalité corporelle) interviendra de même pour déclencher le *refoulement* du premier mouvement œdipien (infantile). Notons que cette blessure narcissique joue aussi chez le garçon, qui se vit comme possesseur d'une verge trop petite.

AU BOUT DU COMPTE

Avec la résolution du complexe d'Œdipe, les *choix objectaux* (terme qui désigne le désir de posséder sexuellement un individu, par exemple l'attirance du garçon pour la mère) sont *régressivement* remplacés par des *identifications* (ce qui implique le désir de ressembler à quelqu'un, par exemple chez le garçon qui imite les caractéristiques du père).

Toutefois une telle «régression» est en fait un progrès. La dissolution ou l'abandon du complexe d'Œdipe s'accompagne d'une *libération énergétique* considérable. Cette énergie libérée sera généralement investie dans l'*acquisition d'un outillage intellectuel*. De même, elle restera prête à être plus tard *réinvestie dans de nouveaux objets*.

❒ Effets, rôles et fonctions du complexe d'Œdipe

– L'Œdipe est le point nodal autour duquel s'ordonnent les relations qui structurent la *famille humaine*, au sens large de la *société* tout entière. C'est le moment où l'être humain est *confronté pour la première fois au phénomène social*. On peut considérer qu'un des effets du complexe d'Œdipe — et notamment à travers *l'interdiction de l'inceste* et l'instauration de la morale — constitue une *victoire de l'espèce sur l'individu* (Freud, 1924).

– L'Œdipe est aussi le moment fondateur de la vie psychique. La sexualité qui le conditionne atteint ici son apogée, avec *l'accession à la génitalité*, caractérisée entre autres par :

- le primat de la zone génitale ;
- le dépassement de l'auto-érotisme primitif pour un homoérotisme en miroir ;
- l'orientation vers des objets extérieurs différents de nature, égaux en valeur et complémentaires de fonction…

Mais si l'Œdipe marque le sommet de la « sexualité infantile », il en annonce aussi l'effacement temporaire qui caractérise la relative quiétude pulsionnelle de la latence.

Le conflit œdipien participe aussi à la *constitution de la réalité de l'objet*, qui s'authentifie comme un objet global, entier et *sexué*, se substituant à l'objet partiel des pulsions prégénitales. Cet objet sexuel n'aura pourtant — en tant qu'objet œdipien — qu'une existence éphémère, puisqu'il est destiné à être abandonné, sa reviviscence se faisant normalement par le déplacement de l'image parentale sur d'autres objets entiers.

Ainsi comprend-on en tout cas comment l'Œdipe pourra déterminer le choix de l'objet d'amour définitif, ce qui n'est pas un des moindres effets de l'expérience.

– L'Œdipe enfin joue un rôle de tout premier plan dans la constitution des différentes instances intrapersonnelles, à l'examen desquelles nous allons consacrer maintenant la dernière partie de notre étude du complexe d'Œdipe.

Moi, Surmoi, Idéal du Moi, Idéal de Soi…

« *Le Surmoi est l'héritier du complexe d'Œdipe* ». Cette affirmation fondamentale de Freud n'a jamais été démentie ni contestée, mais elle doit être entendue dans sa rigueur. Freud écrit en outre que « l'établissement du Surmoi peut être considéré comme un cas *d'identification réussie* ».

❒ Identification

– Ce terme désigne, d'après Laplanche et Pontalis, un « processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications ». Pour Freud « le Moi est constitué par la sédimentation des anciennes relations

objectales » ou encore *« la relation d'objet perdue est remplacée par l'identification du Moi à l'objet »*.

– Il existe, *grosso modo*, deux grands mouvements identificatoires, constitutifs de la personnalité et la différenciant :

• *L'identification primaire*, mode primitif de *constitution* du sujet sur le modèle de l'autre, corrélative de la relation *d'incorporation orale*, visant avant tout à assurer ***l'identité du sujet***, la constitution du ***Soi*** et du ***Je***. C'est dire que ce mouvement ressortit essentiellement au **registre narcissique**.

• *L'identification secondaire*, contemporaine du mouvement **œdipien**, se faisant successivement *aux deux parents* dans leurs caractères sexués, et constitutive de ***l'identité sexuée*** et de la *différenciation sexuelle*.

– Dans l'Œdipe, il y a deux attachements simultanés, psychologiquement différents : *l'attachement objectal à la mère et l'identification au père*, la forme positive de l'Œdipe naissant de la rencontre de ces deux attachements (cas du garçon).

En fait, dans la forme *complète* du mouvement œdipien coexistent quatre tendances et deux identifications : tendance tendre à l'égard du père et de la mère ; tendance hostile à l'égard du père et de la mère ; identification au père et à la mère, les différences d'intensité présentées par ces deux identifications reflétant *l'inégalité des deux variétés de dispositions sexuelles*.

Enfin, la destruction du complexe d'Œdipe laisse place à deux instances « morales » :

– *L'Idéal de Soi*, ainsi que nous l'avons appelé dans notre chapitre « Narcissisme et génitalité » [1], *héritier* encore une fois *du narcissisme*. Il a valeur d'un **appel** : sois comme ton père…

– *Le Surmoi, héritier de l'Œdipe*, et qui, lui, est un **interdit intériorisé** : ne fais pas ce que, **toi**, tu juges néfaste pour toi ou pour l'autre.

Le conflit œdipien du garçon se fait entre le désir d'avoir le père et le sentiment que cela empêche de s'identifier à lui. L'issue, c'est le renoncement *au désir d'avoir* pour *pouvoir être comme*. De même, la petite fille doit renoncer à posséder phalliquement la mère pour s'identifier à elle, renoncer *à être* le père dans l'espoir *d'avoir* le père.

Remarquons, à propos de l'Idéal de Soi, que l'idéalisation a lieu plus tôt, c'est-à-dire antérieurement à l'Œdipe, lorsque l'enfant attribue aux parents des pouvoirs magiques. Mais on peut dire que c'est maintenant la première fois que l'idéalisation a trait au comportement moral. De plus, à côté de l'introjection parentale sous l'image légiférante du Surmoi, l'Œdipe doit se résoudre par la sublimation de l'image parentale intériorisée.

1. Voir ci-dessus. On peut sans doute conserver l'expression d'« Idéal du Moi » mais pour la réserver à un niveau objectal et moïque. Rappelons qu'on a beaucoup débattu des notions d'« Idéal du Moi » et de « Moi idéal » (controverses avec D. Lagache et H. Nunberg par exemple).

❒ Développement du Surmoi

C'est donc *l'intériorisation* de tous les interdits passés et présents (notamment à l'égard de la pulsion sexuelle) qui parachève la formation de l'instance psychique appelée Surmoi. Mais il faut noter que, pour échapper aux conflits centrés sur l'amour, la haine, la culpabilité et l'angoisse, ce n'est pas avec les parents tels qu'il sont en réalité que s'identifie l'enfant, mais avec des parents *idéalisés*, purs, sans défaut, fidèles à leurs propres principes, etc. Si bien qu'en fin de compte, ce qui est intériorisé, c'est *le propre Surmoi des parents*.

Fénichel pense que beaucoup de problèmes restent irrésolus en ce qui concerne la formation du Surmoi. Si celui-ci était simplement une identification avec l'objet frustrant du complexe d'Œdipe, on pourrait s'attendre à ce le garçon ait un Surmoi « maternel » et la fille un Surmoi « paternel ». Or, quoique *tout le monde possède des traits des deux parents dans son Surmoi*, cela ne semble pas le cas. Et Fénichel d'ajouter que, dans nos conditions sociales, *le Surmoi paternel est en général décisif pour les deux sexes*, l'identification la plus importante ayant pour objet celui des parents qui est considéré comme la source des frustrations décisives, en général le père, aussi bien pour la fille que pour le garçon.

❒ Fonctions du Moi, du Surmoi et de l'Idéal de Soi

– **Les fonctions du Moi** sont centrées autour de *la relation avec la réalité*. En bref son but est de réaliser un certain compromis entre les pressions du *ça*, du *Surmoi* et du *monde extérieur*.

– **Les fonctions du Surmoi** sont centrées autour des exigences morales. La *fonction critique* ainsi désignée constitue une instance qui s'est séparée du Moi et paraît dominer celui-ci : « une partie du Moi s'oppose à l'autre, la juge de façon critique et pour ainsi dire la prend pour objet » (Freud, 1917).
Cette censure opère en grande partie de façon inconsciente de sorte que l'on peut parler d'un « *sentiment de culpabilité inconscient* », malgré l'apparente contradiction dans les termes. Ce qui explique pour une part la rigueur irrationnelle du Surmoi.

Sa constitution transforme de nombreuses fonctions mentales. Ainsi *l'angoisse* se change en partie en *sentiments de culpabilité*. Le Surmoi étant l'héritier des parents en tant que source non seulement de menaces et de punitions mais aussi de protection et d'amour rassurant, il devient aussi important d'être en bons ou en mauvais termes avec son Surmoi qu'il l'était autrefois d'être en bons ou en mauvais termes avec ses parents. Autrement dit *l'estime de soi* — et sa recharge permanente en apports narcissiques — ne dépend plus de l'approbation ou du rejet par des objets extérieurs, mais plutôt du *sentiment intérieur* d'avoir fait ou de ne pas avoir fait ce qu'il fallait.

– **Quant à l'Idéal de Soi**, cette notion sera longtemps confondue avec celle de l'Idéal du Moi et aussi avec celle du Surmoi. En tant qu'instance différenciée, l'Idéal de Soi constitue un *modèle* auquel le sujet cherche à se conformer. Sa fonction essentielle est d'être une référence au *sentiment d'estime de soi*, nécessaire à chacun. Son origine — malgré son actualisation renforcée au moment de l'Œdipe — reste principalement *narcissique*.

EN RÉSUMÉ

Pour ce qui concerne le Surmoi :

– Celui-ci est encore une fois l'héritier du complexe d'Œdipe et s'édifie par un mécanisme *d'identification* aux images parentales intériorisées, introjectées.

– Il prend à son compte les exigences *attribuées* au parents, fonction qui est donc relevable en grande partie de la *projection* et qui peut être facilement reprojetée, c'est-à-dire déplacée sur les personnages d'autorité qui viennent à apparaître. Il peut donc se montrer — et il se montre en fait très souvent — plus sévère que les parents eux-mêmes.

– Dès lors, enfin, que s'atténue progressivement la croyance dans l'omnipotence parentale, le Surmoi vient prendre le relais en tant que système *autonome* qui forme la base de la conscience morale.

Période de latence

Succédant (de la 5-6e année environ à la puberté) à l'Œdipe et à ses orages, la phase suivante du développement est classiquement considérée comme une phase de repos et de consolidation des positions acquises. Il s'agit d'une étape d'arrêt dans le développement sexuel ; non qu'on n'y observe pas de *manifestations sexuelles*, mais l'on ne peut cependant décrire d'« *organisation* » nouvelle de la sexualité durant cette époque. C'est pourquoi l'on parle généralement de « *période* » et non de « *stade* » de latence : les instincts sexuels turbulents sommeillent, le comportement tend à être dominé par des *sublimations partielles* et par des *formations réactionnelles* ; enfin l'enfant se tourne maintenant de préférence vers *d'autres domaines que sexuels* : école, camarades de jeux, livres et autres objets dans le monde réel, encore que *l'énergie* de ces *nouveaux intérêts* soit toujours dérivée des intérêts sexuels.

Développement psychosexuel

Au déclin de l'Œdipe, les *impossibilités réelles de satisfaction* pulsionnelle — soit externes (la loi), soit internes (inadéquation antépubérale) — jointes à la création du *Surmoi* peu à peu internalisé et aux *pressions sociales extérieures*… vont s'ajouter pour provoquer l'entrée dans la phase de latence, pendant laquelle on constate essentiellement une *modification structurale* des pulsions sexuelles.

Cette transformation non seulement rend possible l'utilisation de l'énergie pulsionnelle en l'investissant dans *d'autres objets*, mais peut-être surtout permet de poursuivre *d'autres buts*, la tension croissante ayant tendance à se satisfaire de façon substitutive. Ainsi observe-t-on d'abord une *désexualisation* à la fois des relations d'objet et des *sentiments* avec notamment une *prévalence de la tendresse* sur les désirs sexuels. On dit que les tendance libidinales se trouvent « *inhibées quant au but* » et transformées en émois tendres (*Zärtlichkeit*). Freud voit dans la période de latence une véritable redistribution des énergies pulsionnelles.

En fait ce *repos apparent* n'est *souvent pas profond*, et la masturbation, les tendances œdipiennes et les régressions prégénitales continuent dans une certaine mesure. C'est pourquoi la moindre importance classique prise ici par la sexualité n'est que relative et non pas absolue.

Relation d'objet

Répétons encore que l'on observe à cette période une *transformation des investissements d'objets* en *identifications aux parents* et que les désirs libidinaux dirigés sur les parents en tant qu'objets d'amour vont être remplacés par les expressions sublimées de l'affection : *tendresse*, *dévotion*, *respect*…

De même cette période est particulièrement favorable aux acquisitions *éducatives*, *scolaires*, *culturelles*… et c'est de fait un temps d'acquisivité éminemment réceptive dans le domaine intellectuel. L'âge de 7 ans est considéré dans nos civilisations comme « l'âge de raison » à tous les sens du mot (y compris sinon surtout celui de « l'âge où l'on raisonne ») et il suffirait de rappeler l'intense besoin d'explications logiques que manifestent alors les enfants, et dont ils se montrent même friands jusqu'à fatiguer par leurs questions les adultes de l'entourage.

Enfin on peut dire aussi que l'énergie pulsionnelle disponible se canalise sur *les jeux* ou les *activités sociales* les plus diverses, ce qui entraîne à relever ici un véritable *changement d'objet*. On a dit à ce propos que l'enfant est de plus en plus attiré par des *objets concrets*, ne représentant pas un produit de l'imagination comme les contes de fées qui lui plaisaient tant pendant sa prime enfance. Et l'on a voulu donner à cela deux explications :

– Pendant la période de latence, les enfants n'osent pas se complaire aux pensées abstraites, à cause du danger d'éveiller à nouveau des conflits sexuels.

– Les enfants n'en ont pas besoin, puisque leur Moi est relativement fort et qu'il ne se trouve pas en danger immédiat.

Pourtant l'enfant cherche encore à être à proximité de l'objet d'amour, du moins au début de la période de latence, où l'ambivalence est accrue, qui s'exprime dans le comportement par une alternance d'obéissance et de rébellion, suivie de remords. Puis, les réactions hostiles ayant tendance à s'éliminer, l'enfant commence à s'approcher des autres personnes de son entourage pour établir avec elles des relations amicales. Il est alors prêt à être influencé par les autres enfants et les adultes autres que ses parents. Comme il est devenu capable de comparer ces derniers, sa croyance en la toute-puissance parentale s'affaiblit.

Puberté

Il ne s'agit là ni d'un « stade » ni d'une « période » mais souvent — pour ne pas dire la plupart du temps — d'une « *crise* », qu'on a l'habitude de considérer comme la « crise de l'adolescence », dont le début met en général assez brusquement fin à la période de latence qui la précède.

Nous noterons ici que l'on a de plus en plus tendance à distinguer la puberté (somatique) de l'adolescence (affective et relationnelle).

Quoi qu'il en soit, la tâche psychologique essentielle étant l'adaptation de la personnalité aux conditions nouvelles produites par les transformations physiques, on peut considérer tous les phénomènes psychiques qui caractérisent la puberté comme des tentatives de *rétablissement de l'équilibre troublé*.

Développement psychosexuel

Il est avant tout caractérisé par une *reviviscence pulsionnelle* massive, brutale sinon quelquefois dramatique par *ré- et suractivation* tant des *pulsions agressives* que de la *libido,* aussi bien narcissique qu'objectale.

❒ «Prépuberté» ou «préadolescence»

C'est une ***phase intermédiaire***, entre latence et puberté, au cours de laquelle toutes les pulsions présentes sont investies sans discrimination. Autrement dit, les tendances *infantiles* réapparaissent en force, encore que *dans des conditions différentes*, tandis que les mécanismes de défense, qui transformaient les tendances négatives en positives, s'atténuent ou disparaissent. Le développement sexuel paraît reprendre exactement au point où il avait été abandonné à l'époque de la résolution du complexe d'Œdipe et il se produit même alors régulièrement une intensification des pulsions œdipiennes.

❒ Crise narcissique et identificatoire

Associé à cette reviviscence, le développement psychosexuel est aussi une crise narcissique avec notamment des doutes angoissants sur *l'authenticité de soi*, *du corps*, *du sexe*, réalisant, selon Male, un nouveau « stade du miroir » et caractérisant le fameux « âge ingrat ». On observe souvent, même en dehors de tout facteur ou contexte psychotique, des *sentiments de « bizarrerie » et d'« étrangeté ».* Des inquiétudes parfois vives se manifestent à propos du nez, des yeux, des cernes oculaires, de la modification des traits, des fatigues ressenties… sans parler bien entendu du développement des organes génitaux eux-mêmes et de ses conséquences (premières pollutions et premières menstruations) ainsi que de l'apparition des caractères sexuels secondaires (pilosité, mue de la voix, etc.).

❒ Rapport au corps

Remarquons que le garçon continuera pendant toute sa vie à accorder une *grande valeur narcissique à son pénis,* facile à exhiber. Chez la fille il s'effectue au moment de la puberté un changement de direction avec tendance à transférer — toujours sous l'angle narcissique — l'intérêt porté aux organes génitaux (clitoris, seins naissants…) au *corps tout entier,* et au potentiel qu'il contient : ce sont toutes les préoccupations connues concernant notamment la beauté du visage et de la silhouette, le souci de « conserver la ligne », les soins apportés aux vêtements, à la toilette, à l'alimentation même, en tant que

permettant ou défavorisant un certain « idéal » dans la constitution ou le maintien des « formes » extérieures (signes extérieurs de richesses internes)

Enfin à cette époque, les *structures psychiques* peuvent se rejouer (psychotique, névrotique, état-limite…) et en tout cas la puberté sera la *dernière chance* offerte à l'adolescent de résoudre *spontanément* le conflit œdipien, si ce n'est déjà fait.

❒ Puberté proprement dite

Elle est authentifiée par l'accession à la *maturité sexuelle physique*, est marquée — surtout chez le garçon — par le fait que si, auparavant, l'accroissement de l'investissement instinctuel restait malgré tout relativement indifférencié, la libido va dès lors se concentrer spécifiquement sur *des sentiments*, *des buts et des idées génitales*, les tendances prégénitales étant (au moins apparemment et temporairement) reléguées à l'arrière-plan, ce qui ne les empêche point de réapparaître à la première occasion. Celle-ci est notamment conditionnée par le fait que, dans nos civilisations, *les voies d'issue hétérosexuelle* sont limitées par un consensus social qui s'oppose violemment aux rapports sexuels pendant l'adolescence. Cela restant globalement vrai à la veille de l'an 2000, quelles que puissent être les apparences.

❒ Masturbation

Tôt ou tard cependant, les tendances génitales accrues trouvent leur expression dans une activité masturbatoire dont le besoin est ressenti (surtout chez le garçon et moins clairement chez la fille il est vrai) comme un besoin à la fois *très impérieux* et *très réprouvé*, aussi bien *par soi-même* que *par autrui.* Ce qui donne logiquement naissance à des sentiments de très intense culpabilité, bien qu'il s'agisse, dans notre contexte socioculturel, d'un *phénomène bien banal*, en tant que seule issue possible sur le moment à la satisfaction des besoins sexuels.

La masturbation reste souvent vécue comme **culpabilisée et angoissante** :

– Soit du fait de la *pression externe*. Et il suffit de faire mention des récits effrayants courants concernant sa prétendue nocivité avec ses conséquences imaginaires : folie, impuissance, stérilité, perte des organes génitaux… Frayeurs le plus souvent entretenues par les adultes qui se défendent ainsi contre leur propre culpabilité et leur propre angoisse à ce sujet [1].

– Soit surtout du fait que cette culpabilité se rapporte à la reviviscence des *conflits œdipiens non résolus* et du complexe de castration. N'oublions pas que le Surmoi s'est constitué, en remplacement de l'interdit externe, et que ce qui compte surtout, plus même que la masturbation elle-même, ce sont les *fantasmes masturbatoires* accompagnateurs, qui sont alors très souvent de type œdipien.

1. Naguère, un cardinal romain, connu pour son rigorisme et son intransigeance, disait qu'il n'existait à ses yeux que deux « remèdes » contre la masturbation : les haricots (entendons : valoriser l'oralité prégénitale?) et l'épouvante (entendons la terreur de l'Enfer).

REMARQUES

Chez la fille, la masturbation passe pour être surtout clitoridienne, encore que susceptible d'être plus facilement «déplacée» que chez le garçon sur des substituts : nez, bouche, cheveux… avec des fantasmes bisexuels référencés aux rapports des parents tandis que le sujet imagine tenir les deux rôles, surtout peut-être le rôle masochiste (*cf.* «On bat un enfant»).

La prohibition totale, dans les deux sexes, de toute activité auto-érotique ne semble pas moins pathologique que la masturbation *compulsionnelle*. L'une et l'autre témoignent du fait que les *conflits sous-jacents* (notamment œdipiens) n'ont *pas été résolus* et que leurs conséquences se font sentir tant sur le plan des conduites sexuelles que dans les rapports sociaux.

Il nous faut dire aussi qu'il y a bien une *liaison entre névrose et masturbation*, mais… *chez le névrosé seulement* car les fantasmes et la reproduction de la masturbation ne sont pathogènes qu'en raison des conflits ça/Surmoi eux-mêmes pathogènes. Autrement dit, ce sont les *conséquences psychologiques de la culpabilité et de l'angoisse* qui sont redoutables et non la masturbation en tant que telle.

❒ La puberté surmontée

«*La puberté est surmontée, c'est-à-dire la* sexualité *est installée dans la personnalité, quand le sujet est capable d'avoir un orgasme complet*[1]» écrit Fénichel, en ajoutant que des troubles dans ce domaine, ayant leur source dans des refoulements passés, peuvent servir de base à des névroses. Ceux par exemple qui ont peur des caractères de la maturité, à savoir la reconnaissance de la réalité des pulsions, *sans angoisse devant elles* ni nécessité de *passage à l'acte compulsionnel*, essaient de prolonger un état de *dépendance réelle* avec un *espoir «irréel»* de toute-puissance.

Relation d'objet, choix objectal

Dans la période de la préadolescence, la libido se dirige de nouveau vers les objets d'amour de l'enfance, c'est-à-dire les objets d'amour parentaux, et la première tâche du Moi sera d'intégrer, de faire disparaître coûte que coûte la nécessité objective de vivre ce choix parental. En fait *le dilemme* se pose à nouveau entre la relation maternelle objective *prégénitale et duelle* d'une part et d'autre part la relation imaginaire *objectale triangulaire et génitale* avec les hommes et les femmes qui vont remplacer les parents.

En règle générale et de façon caractéristique, le jeune individu va s'isoler et se comporter comme un étranger envers sa famille; c'est la *révolte pubertaire* contre les parents, l'autorité ou ses substituts symboliques. Émancipation d'autant plus bruyante et spectaculaire qu'elle aura été *plus tardive* et que les *fixations enfant-parents* — fixation de l'enfant par la *soumission*, ou des parents par la *réprobation* — auront été plus ou moins contraignantes.

1. C'est-à-dire dans une perspective objectale.

Cette lutte contre les anciens investissements peut aboutir soit au *rejet apparent et total des parents*, donc à la rupture, en direction d'un mode de vie totalement différent, soit au *rétablissement d'un équilibre* dans une tolérance réciproque et dans l'affection sublimée et partagée. Ajoutons que l'issue de ce conflit dépend, plus encore que de l'attitude réelle des parents, du mode de résolution ou de non-résolution du conflit œdipien, une dernière chance étant encore laissée à l'individu pour liquider spontanément ce dernier. Une possibilité de *passage à l'acte* (opposée à l'insertion normale dans l'imaginaire) peut se faire jour dans les conduites de revendication active et généralement violente à l'égard tant d'abord du «*bourgeois*» dans un contexte affectivo-politique trouble que plus tard du *partenaire sexuel* au niveau affectif ou du «*patron*» sur le plan social.

Quoi qu'il en soit, dans cette tentative de solution du conflit, le *choix de nouveaux objets libidinaux* jouera pour l'adolescent un rôle considérable. Le plus souvent, il s'agit alors *d'attachements compulsionnels* et *passagers* à des êtres soit *de même âge* avec lesquels la relation prend la forme d'une amitié passionnée ou d'un amour réel, soit ou en même temps *plus âgés*, qui représentent clairement des substituts parentaux, lesquels auront de moins en moins de traits communs avec les images parentales originales, au fur et à mesure de la maturation affective.

Ces fixations amoureuses passagères, souvent abandonnées d'autant plus rapidement et complètement qu'elles auront été plus passionnées et exclusives, ne représentent pas réellement des relations objectales, mais plutôt des attachements *identificatoires*, dominés qu'ils sont par l'effort déployé pour se raccrocher au monde extérieur *sur un mode narcissique*. Anna Freud dit que, dans sa vie libidinale, l'adolescent *régresse de l'amour objectal au narcissisme*.

Cela explique en tout cas une des raisons pour lesquelles les jeunes pubères cherchent en général à *se rassembler entre eux* : «dans le but, écrit Fénichel, d'échanger des histoires sur la sexualité, ou même d'avoir des activités instinctuelles en commun» (identification narcissique) de même que pour se prouver «qu'ils ne sont pas pires que les autres» (Idéal de Soi, narcissique). La tendance est en tout cas, en raison à la fois des facteurs sociaux et des identifications parentales, à se réunir en groupes *homosexués* pour à la fois éviter la présence excitante de l'autre sexe et éviter d'être seul, ce qui permet de se rassurer.

Mais voilà que ce qui avait été écarté revient et que les amitiés qui s'étaient nouées dans l'espoir d'éviter les relations sexuelles objectales prennent, plus ou moins ouvertement, une allure sexuelle de surface : le premier choix objectal de la puberté sera donc souvent un *choix homoérotique* avec même *d'occasionnelles expériences homoérotiques* entre adolescents (surtout peut-être chez les filles), expériences qui ne doivent pas être considérées comme automatiquement déterminantes pour l'avenir car :

– Elles témoignent souvent seulement de la *solidité de l'identification parentale* que l'adolescent cherche à dissoudre.
– Elles apparaissent comme un *phénomène temporaire d'adaptation*.
– Elles n'aboutissent pas à des fixations définitives.

– Elles sont souvent dues autant à la *timidité envers l'autre sexe* (et aux traditions culturelles) qu'à la prolongation de *l'orientation narcissique* de la plupart des besoins objectaux de cette époque.

CONCLUSION

Freud ne craint pas de comparer, quelque part, la cure psychanalytique à une partie d'échecs ; mais on pourrait aussi reprendre cette comparaison pour clore un propos sur le développement de la personnalité. En effet ce qui précède incite à penser qu'une fois réalisées les ouvertures, le jeu de la partie restera, quoi qu'il arrive, en grande partie dépendant des premiers coups.

En tout cas c'est à peu près, grossièrement parlant tout au moins sous forme imagée, ce que nous disons lorsque nous cherchons à définir chez un individu donné, malade ou pas, une *structure psychique*, décompensée ou non, qui est comme le mode d'organisation global, formel et définitif de la personnalité. Cette structure :

– Marquera peu ou prou de son sceau indélébile toutes les conduites ou comportements de l'adulte, caractérisant notamment le *type relationnel* propre au sujet considéré. Si elle se décompense dans un sens pathologique, elle le fera selon des lignes de clivage préalablement établies dans leurs limites, leurs directions, leurs angulations, un peu comme ce qui se passe dans un cristal minéral qui vient à se briser, selon la célèbre comparaison de Freud.

– D'autre part — et ce n'est pas être étroitement déterministe ni encore moins fataliste que de faire la part la plus large, contrairement aux théories constitutionnalistes, à tous les acquis jusqu'à ceux d'une adolescence pouvant se prolonger au-delà de la 20e année — une telle structure n'est considérée comme fixée qu'au terme d'un long développement riche de tous les potentiels aussi bien que de tous les risques et dangers.

Encore faut-il ajouter que la psychanalyse, avant même de devenir une « psychologie », a été pour son fondateur, et reste toujours, une méthode thérapeutique virtuellement capable sous certaines conditions — celles-ci n'étant ni seulement ni surtout d'ordre formel ou extérieur — de modifier ces lignes de clivage et par conséquent la personnalité tout entière.

C'est justifier au bout du compte l'importance de premier ordre accordée en clinique au vécu, tant subjectif qu'objectif, tant inconscient et refoulé que mémorisé, des premières années de la vie.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM (K.) — *Esquisse du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux* (1924). In « Œuvres complètes », tome II, pp. 255-313 (traduct. française, Payot).

ABRAHAM (K.) — *Étude psychanalytique de la formation du caractère* (1925). In « Œuvres complètes », tome II, pp. 314-350 (traduct. franç., Payot).

BERGERET (J.) — Les États-limites. In *Rev. Fr. Psychan.*, 34, n° 4, juillet 1970, PUF, Paris, pp. 600-634.

BERGERET (J.) — Les États-limites. In *Encycl. méd.-chir.*, Psychiatrie, tome III, 37 395 A 10, 1970, Paris, pp. 1-13.

BERGERET (J.) — *La dépression et les états-limites*, Payot 1975. 354 p.

BERGERET (J.) — *La violence fondamentale*, Dunod 1984. 251 p.

BERGERET (J.) — *La violence et la vie*, Bibliothèque scientifique Payot 1994. 254 p.

BERGERET (J.) — *La pathologie narcissique*, Dunod 1996. 248 p.

BLUM (G.S.) – *Les théories psychanalytiques de la personnalité*, 1955, PUF, 196 p.

BRAUNSCHWEIG (D.) et FAIN (M.) — *Éros et Anteros*, 1971. Petite bibliothèque Payot, Paris, 279 p.

CALLIER (J.) — L'identification. *Conférence d'information au Groupe Lyonnais de Psychanalyse*, Inédit.

CHASSEGUET-SMIRGEL (J.) — *Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine*, 1964, Payot, Paris. 278 p.

COSNIER (J.) — Théorie des pulsions. *Conférence d'information au Groupe Lyonnais de Psychanalyse*, 1968, Inédit.

DOLTO (F.) — *Psychanalyse et Pédiatrie*, 1965, Diffusion librairie Bonnier-Lespiaut, Paris.

FENICHEL (O.) — *La théorie psychanalytique des névroses*. Tome I, traduit de l'anglais, 1953, PUF.

FREUD (A.) — *Le Moi et les mécanismes de défenses*, 1949, PUF, Paris.

FREUD (S.) — *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905 modifié 1915), 1966, N.R.F. Idées, traduit de l'allemand, 189 p.

FREUD (S.) — Les théories sexuelles infantiles (1908). In *La vie sexuelle*, 1969, PUF, traduit par J.-B. PONTALIS, pp. 14-27.

FREUD (S.) — Un type particulier de choix d'objet chez l'homme (1910). In *La vie sexuelle*, 1969, PUF, traduit par J. LAPLANCHE, pp. 47-55.

FREUD (S.) — Pour introduire le narcissisme (1914). In *La vie sexuelle*, 1969, PUF, traduit par J. LAPLANCHE, pp. 81-105.

FREUD (S.) — Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal (1917). In *La vie sexuelle*, 1969, PUF, traduit par Denise BERGER, pp. 106-112.

FREUD (S.) — On bat un enfant (1909). In *Analectes*, 1969, Édition hors commerce.

FREUD (S.) — L'organisation génitale infantile (1923). In *La vie sexuelle*, 1969, PUF, traduit par J. LAPLANCHE, pp. 113-116.

FREUD (S.) — La disparition du complexe d'Œdipe (1923). In *La vie sexuelle*, 1969, PUF, traduit par Denise BERGER, pp. 117-122.

FREUD (S.) — Quelques conséquences psychologiques de la différence anatomique entre les sexes (1925). In *La vie sexuelle*, 1969, PUF, traduit par Denise BERGER, pp.123-132.

FREUD (S.) — Sur la sexualité féminine (1931). In *La vie sexuelle*, 1969, PUF, traduit par Denise BERGER, pp.139-155.

GREENACRE (Ph.) — Traumatisme, croissance et personnalité, 1971, PUF, traduit de l'anglais, 332 p.

GRUNBERGER (B.) — *Le narcissisme*, 1971, Payot, 350 p.

GRUNBERGER (B.) — *Narcisse et Anubis*, 1989, Des Femmes, 633 p.

LAPLANCHE (J.) et PONTALIS (J.B.) — *Vocabulaire de la psychanalyse*, 1967, PUF, Paris, 520 p.

LEBOVICI (S.) et SOULE (M.) — *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, 1970, PUF, 646 p.

LUQUET-PARAT (C.J.) — L'organisation œdipienne du stade génital. In *Rev. Fr. Psychanal.*, 31, n° 5-6, sept.-déc. 1967, pp.743-812.

MALE (P.) — *Psychothérapie de l'adolescent*, 1964, PUF, 257 p.

ROBERT (M.) — *La révolution psychanalytique*, Petite bibliothèque Payot, tomes I et II, 1964.

SMIRNOFF (V.) — *La psychanalyse de l'enfant*, 1968, PUF, 297 p.

2 ASPECT MÉTAPSYCHOLOGIQUE

J.-J. BOULANGER

Le terme de *Métapsychologie* recouvre les aspects théoriques de la psychanalyse. Il fut forgé par Freud dès le début de ses travaux. Très tôt, en effet, Freud fut amené, à partir des données de son expérience, à élaborer un appareil conceptuel, constamment enrichi et remanié, qui s'avérait indispensable pour donner une structure, un cadre aux nouvelles connaissances acquises, indispensable aussi pour étayer les recherches ultérieures.

Il n'est pas douteux que, dans l'esprit de son fondateur, la métapsychologie, qui cherche à rendre compte des faits psychiques dans leur ensemble et notamment de tout leur versant inconscient, s'oppose, d'une part, à la psychologie contemporaine, qui s'intéresse uniquement aux phénomènes psychiques conscients et, d'autre part, à la métaphysique qui introduit le recours à l'irrationnel dans l'élucidation du fonctionnement mental. Il précise même, dans la *Psychopathologie de la vie quotidienne :* « On pourrait se donner pour tâche (…) de traduire la métaphysique en métapsychologie ». Et un exemple nous est donné qui illustre très clairement ce propos : un Romain faisant un faux pas sur le seuil de sa demeure, alors qu'il partait vers quelque importante affaire, voyait dans ce « lapsus » le signe d'un sort contraire et renonçait à son projet, en quoi il faisait bien. Mais pour arriver à cette conclusion, pour comprendre l'apparition de ce signe, de ce « symptôme », point n'est besoin d'invoquer le ciel : le faux pas reflète simplement le désir inconscient de ne pas entreprendre ladite démarche[1]. Et, en effet, une entreprise qui suscite un tel conflit intérieur a peu de chance d'aboutir.

Ainsi, on va rencontrer dans cette métapsychologie, les principes, les modèles théoriques, les concepts fondamentaux dont la clinique psychanalytique a besoin pour se constituer en un tout cohérent. Freud a précisé, à plusieurs reprises, ce qu'il entendait par Métapsychologie. Dans *Ma Vie et la Psychanalyse,* il écrit : « J'appelle ainsi un mode d'observation d'après lequel chaque processus psychique est envisagé d'après les trois coordonnées de la dynamique, de la topique, et de l'économie[2]. Et j'y vois le but suprême qui soit accessible à la psychologie ». Il ajoutait d'ailleurs : « De telles représentations

1. *Cf.* l'expression populaire « J'aurais mieux fait de me casser la jambe ! ».
2. Le point « point de vue génétique », appartenant à la théorie psychanalytique, pourrait de bon droit entrer dans le cadre de la métapsychologie. L'usage prévaut généralement de le situer à part.

appartiennent à la superstructure spéculative de la psychanalyse et chaque partie peut en être, sans dommages, ni regrets, sacrifiée ou remplacée par une autre aussitôt que son insuffisance est démontrée. » En fait, on verra qu'effectivement certaines théories furent ultérieurement abandonnées ; mais plus souvent, il advint que les premières formulations furent remaniées, complétées. Ainsi la « deuxième topique », la « deuxième théorie des pulsions » n'ont nullement rendu caduques les élaborations qui en avaient été apportées d'abord. Nous voudrions rapidement situer ces « coordonnées métapsychologiques ».

❒ Point de vue dynamique

Ce point de vue amène à considérer les phénomènes psychiques comme résultant d'une composition, d'une combinaison de forces plus ou moins antagonistes. On remarque donc qu'il introduit simultanément la notion de *forces* qu'on retrouvera dans le point de vue économique et la notion de *conflit.* Historiquement, cette notion de conflit est très étroitement liée à la découverte de l'inconscient.

Reportons-nous, par exemple, à l'année 1909. Janet y publie son ouvrage sur « les Névroses » qui sont pour lui des troubles ou des arrêts dans l'évolution des fonctions psychiques. Ainsi, la psychasthénie est une défaillance de la fonction du réel, de la fonction de synthèse du Moi. La même année, Freud dit qu'il explique le trouble psychique dynamiquement par le conflit de deux forces. Nous y voyons, dit-il, « le résultat d'une révolte active de deux groupements psychiques l'un contre l'autre ». C'est-à-dire l'opposition entre les forces de l'inconscient qui cherchent à se manifester et la répression du système conscient qui tend à s'opposer à cette manifestation. On peut comprendre ainsi le comportement obsessionnel, proche de la psychasthénie de Janet : la compulsion à se laver les mains plusieurs dizaines de fois par jour s'interprète comme l'effet d'un conflit entre le désir conscient de propreté (physique et morale) et le désir inconscient d'être sale, de vivre dans la saleté.

Très tôt et jusqu'à la fin de ses travaux, Freud a souhaité fonder ce conflit sur l'opposition l'une à l'autre de deux pulsions fondamentales : Libido et Intérêt du Moi ; puis : Eros et Pulsions de mort.

Mais, en considérant les faits dans une perspective plus élaborée, on verra qu'on peut entendre ce conflit comme la manifestation des dynamismes antagonistes des diverses instances de l'appareil psychique, entre elles et avec le monde extérieur (le Moi arbitrant entre Ça, Surmoi et Réalité extérieure).

Parler de composition de force amène à considérer une résultante. En métapsychologie, cette résultante s'appelle *formation de compromis*[1]. Et cette notion se retrouve aussi bien dans la formation du symptôme (l'exemple que nous venons de donner) que dans celle du rêve ou de certains traits de caractère.

1. Cette notion est étudiée au chapitre 4.

❐ Point de vue économique

Parce qu'il avait une formation de scientifique, de physiopathologiste, Freud a toujours conservé le désir d'introduire du mesurable dans la psychologie. À défaut d'atteindre ce résultat, il a toujours considéré l'énergie psychique sous un angle quantitatif. Et ce point de vue économique de la métapsychologie s'efforce d'étudier comment circule cette énergie, comment elle s'investit, se répartit entre les différentes instances, les différents objets ou les différentes représentations.

Quelques constatations cliniques simples conduisent d'ailleurs naturellement à envisager cet aspect quantitatif. Ainsi, dans l'état amoureux, il y a comme un balancement entre la surestimation de l'objet aimé et la dévalorisation du sujet soi-même. Dans un ordre d'idées tout différent, la notion de traumatisme évoque un bouleversement à l'intérieur de la personnalité suscité par des excitations quantitativement si intenses qu'elles n'ont pu être contrôlées, canalisées.

Une remarque s'impose, c'est que le point de vue économique est le prolongement logique et indispensable du point de vue dynamique. Celui-ci envisage l'aspect qualitatif, descriptif du conflit des forces en présence ; mais il est évident qu'il faut aussi faire intervenir, pour comprendre l'issue du conflit, la *grandeur* relative de ces forces. Ces forces, cette énergie (pulsionnelle comme nous le verrons) est parfois dénommée, pour en marquer l'aspect quantitatif, « quantum d'affect ».

❐ Considération topique

La Métapsychologie fait intervenir cette troisième considération. En effet, la théorie amène à considérer *l'appareil psychique* comme l'organisation de divers systèmes, assurant respectivement des fonctions différentes. Ces *systèmes* ou *instances,* Freud les a vus d'abord comme disposés à la suite les uns des autres et formant ainsi un ensemble comparable à l'arc neurologique réflexe ; ou encore, aux diverses parties d'un appareil optique (microscope ou télescope).

Il faut souligner que si le terme de topique met l'accent sur la disposition spatiale ou quasi spatiale de ces instances, le terme d'appareil psychique, lui, met l'accent sur la notion d'un travail que ces instances effectuent sur l'énergie psychique. On peut reprendre l'image du microscope qui agit sur le faisceau lumineux, le condense, le disperse, qui peut aussi repousser certaines radiations par le moyen de filtres. En somme, l'appareil psychique agit sur l'énergie qui le traverse.

Il n'est pas inutile de relever combien ces différents points de vue, et plus spécialement les points de vue topique et économique (puisque celui-ci n'est, au fond, que le prolongement du point de vue dynamique) sont étroitement liés. On ne peut, en effet, envisager le devenir d'une quantité d'énergie sans savoir qui agit sur elle, qui s'en empare et, réciproquement, la compréhension et même la description d'un appareil conduit tout naturellement à s'intéresser à ce qu'il fait, à quoi il sert.

Après l'étude de ce «trépied» métapsychologique, nous compléterons cette approche de la théorie psychanalytique en abordant ces phénomènes psychiques fondamentaux que sont l'angoisse, le rêve et le fantasme.

POINT DE VUE TOPIQUE

Il peut être intéressant de remarquer que cette notion de topique, ou topologie, a des racines historiques diverses. Ce sont d'abord, dans cette deuxième moitié du XIX[e] siècle, tous les travaux de neuro-physiologie concernant les localisations cérébrales. Notons, à ce propos, que le premier livre publié par Freud l'a été sur «*l'Aphasie*», en 1891, travail dans lequel il critiquait d'ailleurs vivement l'étroitesse des vues topologiques pour les enrichir de considérations fonctionnelles.

D'autre part, l'existence, chez un même individu, de territoires psychiques différents et plus ou moins indépendants l'un de l'autre, est nettement suggérée par des phénomènes tels que le dédoublement de personnalité ou la suggestion post-hypnotique.

Allant plus loin encore, Breuer, qui travaillait avec Freud sur les névroses hystériques, avait émis cette idée importante que des fonctions psychiques différentes supposent des appareils également différents. Le miroir d'un télescope, disait-il, ne peut, en même temps, être une plaque photographique, c'est-à-dire que la fonction perceptive et la fonction mnésique requièrent deux systèmes distincts.

Enfin, dans un ordre d'idées un peu différent, le rêve est apparu comme la démonstration éclatante de ce que, dans des conditions normales, un domaine mental peut fonctionner avec ses lois propres, indépendamment de la conscience, au sens du champ de conscience. Et ceci nous rappelle qu'à l'origine le problème de la topique a été étroitement lié à celui de l'existence de l'inconscient.

La première topique

L'élaboration d'une conception topique de l'appareil psychique s'est faite progressivement et dès les premiers travaux de Freud sur l'hystérie, travaux à l'occasion desquels il emprunta (nous venons d'y faire allusion) certaines idées à Breuer. Ces toutes premières idées, on les trouve essentiellement dans un essai qui n'a jamais été publié de son vivant : *L'esquisse d'une psychologie scientifique* (1895).

Cette première théorie, très marquée par le souci d'apporter une compréhension des phénomènes psychiques cohérente avec les données histologiques et neuro-physiologiques, n'a pratiquement pas laissé de traces dans les constructions ultérieures. Par la suite, Freud ne se préoccupera plus de concordance avec la neuro-physiologie, ou l'anatomie, et sa théorisation, purement psychologique, ne visera qu'à la cohérence interne et à l'efficacité dans la compréhension des faits cliniques. Dans cette perspective, le premier schéma topologique de l'appareil psychique (plus brièvement nommé «la première

topique ») est celui décrit dans le chapitre VII de la « *Science des Rêves* » et dans l'essai de 1915 sur « *l'Inconscient* ».

L'idée de base de cette première topique est que la seule distinction entre caractère conscient ou inconscient des phénomènes psychiques n'est conceptuellement pas satisfaisante. Pour aller plus loin dans l'élucidation du fonctionnement mental, il nous est proposé un appareil psychique composé de trois systèmes appelés :

– Inconscient, en abrégé Ics ;
– Préconscient, en abrégé Pcs ;
– Conscient, en abrégé Cs.

Ce dernier système est plus volontiers appelé Perception-Conscience : Pc-Cs.

Système Pc-Cs

Bien qu'il se soit défendu de vouloir établir un parallèle avec des réalités anatomiques, Freud a situé ce système à la périphérie de l'appareil psychique, entre le monde extérieur et les systèmes mnésiques (v. schéma). En effet, il est chargé d'enregistrer les informations venant de l'extérieur et de percevoir les sensations intérieures de la série plaisir-déplaisir.

Cette fonction de perception s'oppose, rappelons-le, à la fonction d'inscription : le système Pc-Cs ne conserve aucune trace durable des excitations qu'il enregistre. Parallèlement, ce système fonctionne sur un registre qualitatif, par opposition au reste de l'appareil psychique fonctionnant selon des quantités.

Outre la perception des informations sensorielles extérieures et celle des sensations endogènes, le système Cs est aussi le siège des processus de pensée, c'est-à-dire aussi bien des raisonnements que des reviviscences de souvenirs.

Nous allons y revenir à propos du préconscient. On peut noter aussi qu'il a, pour l'essentiel, le contrôle de la motilité.

Préconscient

Il est à distinguer aussi bien de l'inconscient (Ics) que du système perception-conscience. En fait, dans ce deuxième cas, la distinction est plus malaisée à établir. D'ailleurs, Freud les a souvent réunis pour les opposer à l'Ics. Il désigne alors l'ensemble du nom de préconscient, faisant ainsi passer au second plan le fait qu'une partie de cet ensemble soit actuellement présente dans le champ de conscience. Ce préconscient est ce qu'il appelait notre « Moi officiel », celui que nous voulons bien assumer. Il peut se définir valablement par les caractéristiques de son contenu et de son fonctionnement.

De son contenu, on peut d'abord dire que, non présent dans le champ de conscience, il est cependant accessible à la connaissance consciente. Il appartient au système des traces mnésiques et il est fait de « représentations de mots ». Par représentation, on entend ce que l'on se représente, le contenu d'une pensée, mais aussi l'élément qui représente un phénomène psychique, qui est là à sa place. Dans la théorie du fonctionnement mental, la représentation se

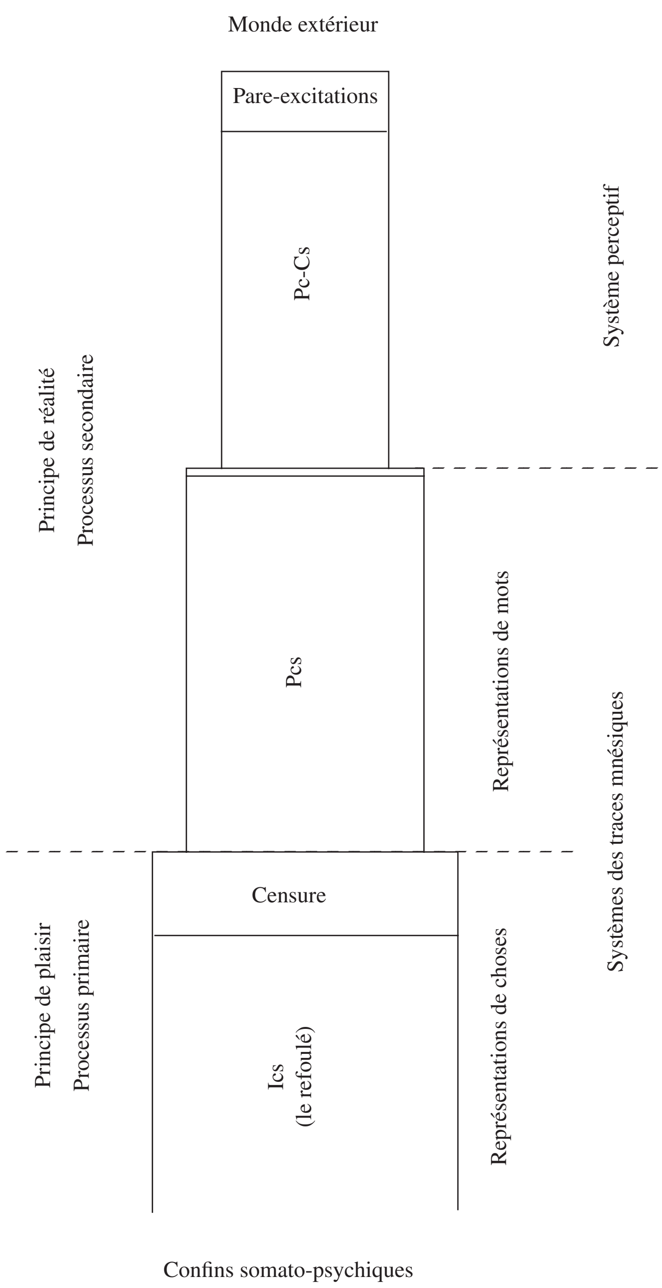


FIG. 1. — *Schéma de l'appareil psychique selon la première topique.*

distingue de l'affect, qui est l'énergie quantifiée attachée à chaque représentation et dont la source est pulsionnelle. Au fond, une représentation est donc une trace mnésique plus ou moins investie affectivement. La représentation de mots est une représentation verbale dont la qualité serait plutôt, selon Freud, acoustique. Elle s'oppose à la représentation de choses qui est plutôt d'ordre visuel, comme dans le rêve. Mentionnons déjà que la représentation de choses ne peut parvenir à la conscience (vigile) qu'associée à une trace verbale. Nous y reviendrons plus en détail en étudiant processus primaire et processus secondaire.

C'est précisément ce processus secondaire qui caractérise le fonctionnement des systèmes conscient et préconscient. Disons déjà que la caractéristique principale du processus secondaire est que l'énergie n'y circule pas librement, qu'elle est préalablement liée, qu'elle est ainsi contrôlée. Le processus secondaire s'accompagne de la prédominance du principe de réalité sur le principe de plaisir, ce que nous expliciterons également un peu plus loin.

Inconscient

Bien que nous ayons à revenir en détail sur *l'inconscient*, dans une perspective essentiellement dynamique et économique, situons-le dans le cadre de cette première topique.

C'est la partie la plus archaïque de l'appareil psychique, la plus proche de la source pulsionnelle. Son contenu est, en effet, constitué essentiellement de représentants[1] de ces pulsions. Pourquoi les représentants et non pas les pulsions? Parce que pour Freud la pulsion est un concept « aux confins du biologique et du psychologique » et, qu'au niveau des processus mentaux, ce sont ces représentants qui interviennent. Ceux-ci, au niveau de l'Ics, sont des « représentations de choses » (par opposition aux représentations de mots du Pcs) et des représentations de choses qui ont subi le refoulement primaire.

Notons cependant que Freud a toujours admis un noyau héréditaire phylogénétique. Mais, pour l'essentiel, l'inconscient, dans la perspective de cette première topique, est un inconscient constitué historiquement au cours de la vie de l'individu et, plus précisément, pendant son enfance.

Quant à son fonctionnement, l'inconscient est avant tout caractérisé par le processus primaire, c'est-à-dire qu'à son niveau l'énergie est libre, que la tendance à la décharge se manifeste sans entrave. Cette énergie libre circule donc facilement, à ce niveau, d'une représentation à une autre, ce qu'illustrent les phénomènes de condensation et de déplacement. Corollairement, l'inconscient est régi par le principe de plaisir.

1. Le terme « représentant » désigne l'ensemble de la représentation et de la charge affective qui lui est lié.

Censure

Il reste à dire un mot très important sur les frontières entre ces différents systèmes. En effet, l'énergie, les représentations, ne circulent pas sans contrôle de l'un à l'autre. À chaque passage s'exerce une *censure.* Celle-ci est particulièrement sévère entre inconscient et préconscient. Nous verrons qu'elle s'exerce d'une façon active : ce n'est pas une barrière inerte mais une force vigilante qui interdit à telle ou telle représentation l'accès à un certain territoire.

Une censure s'exerce également entre préconscient et conscient. Toutefois, elle s'y exerce avec moins de rigueur : elle sélectionne plus qu'elle ne réprime. Ainsi, dans le travail analytique, il faut vaincre des résistances pour triompher de la censure entre inconscient et préconscient, tandis qu'on ne se heurte qu'à des réticences pour le passage du Pcs au Cs.

Il reste une troisième zone frontière à considérer : celle qui se situe entre le monde extérieur et la « surface » de l'appareil psychique, c'est-à-dire le système Pc-Cs. Sa fonction est un peu celle d'un filtre : éviter l'irruption à l'intérieur du psychisme de stimuli trop violents qui ne pourraient être maîtrisés ; d'où le nom de ce système : le pare-excitations.

On peut remarquer que, dans cette première topique, chaque système apparaît surtout comme un contenant, et le travail semble se faire, en quelque sorte, aux frontières. Nous allons voir que la conceptualisation suivante recentre le travail psychique sur les systèmes eux-mêmes, encore appelés « instances ».

Deuxième topique

C'est dans *Au-delà du principe de plaisir* qu'apparaissent les premières lignes de cette seconde topique. Elle sera essentiellement développée en 1923 dans *Le Moi et le Ça.*

Ce changement intervient à l'intérieur d'un remaniement assez général de la théorie psychanalytique et les raisons qui l'ont entraîné ne sont pas indépendantes de celles qui ont entraîné, par exemple, le remaniement de la théorie des pulsions.

Si ces motifs de changement forment un tout, on peut cependant en individualiser certains aspects qui peuvent servir d'illustration. Ainsi, la pratique des traitements avait conduit à prendre en considération des défenses inconscientes (et non pas seulement préconscientes). Mais alors, ce conflit entre pulsions inconscientes et défenses qui le sont aussi se comprend mal selon la première topique.

D'autre part, le concept de narcissisme, par exemple, conduit à considérer les relations entre instances d'une façon nouvelle, avec la possibilité d'un investissement libidinal de l'une par l'autre.

On peut remarquer d'emblée, d'ailleurs, que l'esprit des deux topiques n'est pas tout à fait le même et la terminologie le reflète. Ainsi, aux systèmes de la première topique succèdent les instances de la seconde, c'est-à-dire que l'accent porte moins sur l'aspect topographique que sur un aspect quasi juri-

dictionnel et, somme toute, anthropomorphique : l'appareil ou le champ psychique est un peu conçu sur le modèle des relations interpersonnelles. Cette théorie est ainsi plus proche du mode fantasmatique selon lequel chacun perçoit son monde intérieur.

Dans les écrits de cette période, l'accent n'est plus tellement mis sur les notions de représentants, de traces mnésiques, mais essentiellement sur la notion de conflits entre instances, voire à l'intérieur d'une instance (le Moi, en l'occurrence).

Ça

Comme la première, cette seconde topique est une trilogie qui fait intervenir le Ça, le Moi et le Surmoi. De ces trois instances, seul le Ça avait un correspondant à peu près exact dans la première topique, avec l'inconscient, à cette importante réserve près : une partie de l'ancien Ics ne se retrouve pas dans le Ça. Plus clairement encore que dans la première topique, le Ça se définit comme le *pôle pulsionnel* de l'appareil psychique. Freud en dit qu'il est « la partie obscure, impénétrable de notre personnalité ; nous nous le représentons débouchant d'un côté dans le somatique et y recueillant les besoins pulsionnels qui trouvent en lui leur expression psychique » (*Nouvelles Conférences sur la Psychanalyse).* Il faut, en effet, remarquer à ce propos que, dans la première dualité pulsionnelle, les instincts du Moi étaient rattachés au système préconscient-conscient. Dans la deuxième dualité pulsionnelle, instincts de vie et instincts de mort appartiennent également au Ça. Évidemment les lois qui le régissent sont les mêmes que celles déjà énoncées pour l'inconscient, savoir : processus primaire, principe de plaisir. Il est encore précisé que les processus qui s'y déroulent n'obéissent pas aux lois logiques de la pensée. « Le principe de contradiction n'y existe pas. On n'y trouve rien qui puisse être comparé à la négation. Le postulat, selon lequel l'espace et le temps sont les formes obligatoires de nos actes psychiques, s'y trouve en défaut. De plus, le Ça ignore les jugements de valeur, le bien, le mal, la morale » (*ibid*).

Mais, ce qui est surtout intéressant dans cette seconde conception topique, c'est l'aspect génitique [1]. L'élaboration progressive de l'appareil psychique y est beaucoup mieux précisée que dans la première. Dans l'*Abrégé de Psychanalyse,* il est dit clairement : « À l'origine, tout était Ça. Le Moi s'est développé à partir du Ça sous l'influence persistante du monde extérieur ».

Moi

Tout comme le Ça est le pôle pulsionnel de l'individu, le Moi en est le *pôle défensif*. Entre les exigences pulsionnelles du Ça, les contraintes de la réalité extérieure et les exigences du Surmoi, dont nous parlerons dans un instant, le

1. Sur la genèse des instances, voir aussi, au chapitre 1, ce qui est dit à propos du complexe d'Œdipe.

Moi se présente en médiateur chargé, en quelque sorte, des intérêts de la totalité du sujet.

Bien qu'il s'agisse d'un problème très important, il n'est pas facile de comprendre clairement, et surtout de façon univoque, la genèse de ce Moi. D'une part, nous venons de le voir, il peut être considéré comme différenciation progressive du Ça, cette différenciation se faisant autour d'une sorte de noyau originel représenté par le système perception-conscience. À partir de ce noyau, le Moi étend progressivement son contrôle sur le reste de l'appareil psychique, c'est-à-dire sur le Ça. Mais, d'un autre point de vue, il apparaît que ce Moi se forme, se modèle, à la suite d'identifications successives à des objets extérieurs qui sont ainsi intériorisés, incorporés à ce Moi [1].

Il n'est pas facile d'harmoniser, de relier ces deux points de vue concernant la genèse du Moi. Peut-être peut-on considérer que le Moi s'approprie, en quelque sorte, des portions de plus en plus grandes de l'énergie libidinale incluse dans le Ça et que ces quantités d'énergie sont véhiculées et modelées par le processus d'identification. On peut donc remarquer que, de toute manière, le Moi n'est pas une instance qui existe d'emblée mais qu'il se constitue progressivement. D'autre part, contrairement au Ça qui est morcelé en tendances indépendantes les unes des autres, le Moi apparaît comme une unité et comme l'instance qui assure la stabilité et l'identité de la personne.

Par ailleurs, ce Moi de la deuxième topique regroupe un certain nombre de fonctions qui étaient moins solidement reliées dans la première. Certes, il assure tout d'abord la fonction de conscience. Plus généralement, toutes les fonctions précédemment dévolues au préconscient lui sont attribuées. Il assure encore l'autoconservation, dans la mesure où il concilie au mieux les exigences divergentes du Ça et du monde extérieur, en utilisant ses possibilités d'action sur l'un et sur l'autre, fort des acquis mémorisés : « Sans le Moi, le Ça, aspirant aveuglément à la satisfaction des instincts, viendrait imprudemment se briser contre cette force extérieure plus puissante que lui » (*Nouvelles Conférences).*

Mais il faut souligner un fait de première importance, c'est que dans cette topique le Moi est, pour une grande part, inconscient. Ceci, nous l'avons dit, apparaît plus précisément dans certains mécanismes de défense. Par exemple, et très typiquement dans les comportements obsessionnels, le sujet ignore, en fait, le motif et les mécanismes de son comportement. Mais, plus encore, ces mécanismes dans leur aspect compulsif, répétitif, dans leur ignorance de la réalité, doivent être considérés comme obéissant au processus primaire. Certains aspects du mot d'esprit en procèdent également.

Après ce que l'on vient de dire, on peut avoir l'impression que ces deux instances, le Ça et le Moi, recouvrent en fait tout le champ précédemment réparti entre les trois systèmes de la première topique. Et, de fait, depuis 1917 (*Introduction à la Psychanalyse)* et même depuis 1914 (*Pour introduire le Narcissisme)* jusqu'en 1923, Freud s'est attaché à préciser la genèse et les

1. Voir à ce sujet, au chapitre 3, les articles sur l'identification et sur l'introjection.

fonctions du Moi, en regard de l'Ics (puisque le terme de Ça n'est précisément apparu qu'en 1923) mais cela l'a amené à considérer des fractions à l'intérieur de ce Moi. Se trouvait ainsi isolée une substructure qui avait, en quelque sorte, une fonction d'idéal et c'est d'ailleurs le nom qui lui fut donné d'abord : Idéal du Moi ou Moi Idéal.

Surmoi

Le terme de Surmoi, lui aussi, n'est intervenu qu'en 1923. La genèse de cette instance et ses caractéristiques se résument dans la phrase célèbre : le Surmoi est l'héritier du complexe d'Œdipe. Cette genèse du Surmoi se rapproche d'ailleurs beaucoup de celle du Moi. Comme lui, il tire son origine du Ça. Comme lui, il est structuré par des processus d'identification, tant à l'un qu'à l'autre des deux parents. Pour schématiser, et en prenant le cas de l'enfant de sexe masculin : celui-ci doit renoncer à sa mère en tant qu'objet d'amour pour sortir du conflit œdipien. Deux éventualités peuvent alors se produire : ou une identification avec la mère, ou un renforcement et une intériorisation de l'interdit paternel, c'est-à-dire une identification avec ce père. Dans la réalité, les choses sont un peu plus complexes du fait d'un double Œdipe, lequel serait lui-même lié à une tendance bisexuelle de notre nature[1].

Quoi qu'il en soit, cette identification a pour but d'amener le Ça à renoncer à son objet d'amour : cet objet étant introjecté dans le Surmoi, celui-ci récupère, de ce fait, l'énergie que le Ça avait investie sur cette représentation.

Les conditions particulières de sa genèse valent au Surmoi des caractéristiques particulières. Il ne s'agit pas, en fait, d'une identification au Moi des parents. Il est bien connu qu'un Surmoi sévère peut être élaboré à partir d'un père complaisant. L'identification se ferait plutôt au Surmoi des parents qui transparaît dans leur attitude éducative, et ainsi de génération en génération. Ceci amène Freud à remarquer « qu'en dépit de leur différence foncière, le Ça et le Surmoi ont un point commun : tous deux représentent, en effet, le rôle du passé, le Ça, celui de l'hérédité, le Surmoi, celui qu'il a emprunté à autrui ; tandis que le Moi, lui, est surtout déterminé par ce qu'il a lui-même vécu, c'est-à-dire par l'accidentel, l'actuel » (*Abrégé de Psychanalyse).*

Dans une élaboration qu'on peut considérer comme la dernière[2], le Surmoi assume trois fonctions. D'une part, une fonction d'auto-observation. D'autre part, une fonction de conscience morale, de censure. C'est souvent celle-ci qui est spécialement visée quand on emploie le terme de Surmoi en un sens restrictif. Enfin, une fonction d'idéal, à laquelle s'applique actuellement le terme d'Idéal du Moi. La distinction entre ces deux dernières fonctions se perçoit dans la différence entre sentiment de culpabilité et sentiment d'infériorité, le sentiment de culpabilité étant en rapport avec la conscience morale et le sentiment d'infériorité avec la fonction d'idéal.

1. Pour la dynamique relationnelle dans l'Œdipe, voir chapitre 1.
2. Exposée dans les *Nouvelles Conférences sur la Psychanalyse* (1932).

Sur le plan terminologique, si les expressions Idéal du Moi et Surmoi se rattachent à la même instance, l'usage semble conférer à l'expression Moi Idéal un sens légèrement différent. Elle désignerait une formation très archaïque correspondant à l'idéal de toute-puissance du narcissisme primaire ou, en tout cas, du narcissisme infantile. Certains auteurs (Lagache) pensent qu'il comporte une part d'identification à l'être qui représente alors la toute-puissance, à la mère. On peut y voir, en quelque sorte, un précurseur du Surmoi.

POINT DE VUE ÉCONOMIQUE

Nous avons vu que la vie psychique offre à considérer d'une part des représentations, d'autre part des affects qui leur sont liés. Ce terme d'affect désigne l'aspect qualitatif d'une charge émotionnelle, mais aussi et surtout l'aspect quantitatif de l'investissement de la représentation par cette charge. Nous avons vu que, dans ce sens, il est plus explicite de recourir à l'expression « quantum d'affect ».

Le fait qu'une certaine quantité d'énergie psychique soit liée à une représentation mentale ou à un objet extérieur réel est appelé ***investissement.*** Le terme allemand *(« Besetzung »)* se traduirait plus exactement par occupation, c'est-à-dire le fait, pour une certaine énergie, de s'installer à l'intérieur d'une représentation. Mais on peut remarquer que le terme français « investissement », si on le prend au sens des sciences économiques, permet non seulement une totale cohérence dans la métaphore mais traduit bien une certaine solidarisation de la chose investie et de « l'investissant ». Dans une autre image, Freud dit encore qu'il s'agit de « quelque chose qui peut être augmenté, diminué, déplacé, déchargé et qui s'étale sur les représentations un peu comme une charge électrique à la surface des corps ».

Mais ce quantum d'affect, cette énergie psychique, quelle est-elle exactement? L'élaboration de la notion de pulsion a permis de le préciser. C'est en effet des pulsions, entités biologiques ayant un pôle somatique et un pôle psychique, qu'est tirée cette énergie libidinale qui devient énergie d'investissement. C'est dire que, dans le seconde topique, toute cette énergie provient du Ça et c'est de cette source que les autres instances la tiennent elles-mêmes.

Il faut se rappeler que cette notion *d'énergie* nerveuse ou psychique était dans l'air au moment des premiers travaux de Freud et de Breuer. On pourrait citer de nombreux noms : Helmoltz, Meynert, Brücke, avec qui a travaillé Freud, Hering, aux travaux duquel avait participé Breuer. Plusieurs de ces chercheurs avaient déjà supputé que l'énergie nerveuse, encore appelée « tension nerveuse » ou « excitation », pouvait se rencontrer sous deux états différents, un peu comme en physique il existe une énergie actuelle ou cinétique et une énergie potentielle ou statique. Helmoltz, dans une perspective, il est vrai, différente, avait même opposé *énergie libre* et *énergie liée,* termes que Freud reprendra.

En effet, dès les *Études sur l'Hystérie* et *L'Esquisse d'une psychologie scientifique,* en 1895, ces deux modes de l'énergie nerveuse seront distingués. Energie nerveuse car à cette époque le fonctionnement psychique est conçu à

partir d'un modèle neuro-physiologique : l'énergie circule sur une chaîne de neurones déjà plus ou moins « chargés » énergétiquement. Le contrôle de ce cheminement se fait lors du passage d'un neurone au suivant : cette synapse est contrôlée par d'autres neurones qui modulent le passage de l'excitation (comme le « courant de grille » dans une lampe triode), le facilitant (frayage) ou le contrariant (inhibition). Dans l'état le plus simple, le plus archaïque de l'appareil neuronique, l'énergie est dite *libre,* c'est-à-dire qu'elle tend normalement à s'écouler, à s'évacuer hors de ce système neuronique. C'est la *décharge.* Nous y reviendrons dans un instant à propos du principe de plaisir.

Mais, au fur et à mesure que le Moi établit son contrôle sur les processus psychiques, il tend à *lier* cette énergie, c'est-à-dire qu'endiguée, elle s'accumule dans certains ensembles neuroniques (nous dirions maintenant au niveau de certaines représentations). Qu'est-ce qui empêche cette énergie de se décharger? C'est essentiellement l'action de contrôle exercé par ces groupes de neurones, possédant une charge stable, que nous venons de mentionner. Ainsi, dans le processus de la pensée réflexive, tout un ensemble de représentations est fortement investi : c'est le phénomène d'attention. Quant au déroulement de ce processus opératoire qu'est la pensée, il n'entraîne que de minimes déplacements d'énergie.

Disons d'emblée, mais nous y reviendrons, que l'état libre de l'énergie correspond au processus primaire et, l'état lié, au processus secondaire. C'est la simplification qui sera apportée dès 1900 par la « Sciences des Rêves ». Dès lors, la conception du fonctionnement mental est dégagée de toute hypothèse (et hypothèque) neuronique.

Donc, par définition, le concept d'investissement évoqué tout à l'heure implique une énergie liée. C'est la clinique (et, en particulier le traitement des hystériques) qui a amené Freud et Breuer à distinguer entre les représentations et l'énergie dont elles sont chargées. Ils avaient constaté qu'une certaine énergie libidinale peut se transformer, se convertir en « innervation somatique », c'est-à-dire en symptômes somatiques. Cette conversion implique donc une séparation de la charge énergétique d'avec la représentation. Celle-ci est refoulée tandis que l'énergie libidinale est « transférée » dans le corps[1].

Il faut reconnaître que la notion d'investissement est plus simple à comprendre dans le cas de représentations. Tout se passe alors évidemment à l'intérieur d'un système clos qui est l'appareil psychique. Mais l'investissement par le sujet d'un objet extérieur à l'appareil psychique est plus difficile à concevoir. Le retrait de l'investissement d'un objet extérieur et son déplacement sur une représentation endopsychique, ou le cheminement inverse, s'ils apparaissent en clinique assez simples à percevoir (dans l'état amoureux, dans le deuil), posent tout de même un problème conceptuel. On voit mal, en effet, comment une certaine quantité d'énergie est ainsi transportée et conservée.

Toutefois, ce concept d'investissement ne saurait être abandonné car il est l'élément fondamental pour comprendre l'économie psychique. L'investisse-

1. Voir le Refoulement au chapitre 4.

ment doit présenter une certaine stabilité mais aussi une certaine souplesse. Il est évident, par exemple, que lors de la perte de l'objet, le sujet doit pouvoir arriver à retirer son investissement libidinal (c'est le « travail du deuil ») ; faute de ce ***désinvestissement,*** l'intolérable frustration conduirait à la dépression.

Mais, plus fréquemment encore, il importe de pouvoir désinvestir des représentations dont le Surmoi impose le refoulement ; dans ce cas, l'énergie ainsi rendue disponible pourra être utilisée à maintenir le refoulement par un ***contre-investissement.*** Ce qui sera contre-investi (investi pour faire pièce à la représentation refoulée) pourra lui être directement opposé : par exemple un idéal de clémence et de philanthropie opposé à une pulsion agressive. On parle alors de formation réactionnelle[1]. Mais ce pourra être aussi une représentation substitutive comme on le voit dans le déplacement phobique : en transférant sur le cheval sa crainte du père, le petit Hans rend moins intolérable sa rivalité œdipienne, son agressivité et son angoisse de castration.

En fait, ce qui, dans la stratégie défensive, se trouve ainsi contre-investi pouvait déjà faire l'objet d'un investissement important : il s'agit donc d'un ***surinvestissement.*** Mais la notion de surinvestissement a une application particulière extrêmement importante dans le phénomène d'attention : l'efficacité de la pensée logique requiert que certaines représentations, pour ne pas être noyées dans le champ des perceptions actuelles, reçoivent une charge supplémentaire tirée de « l'énergie libre de surinvestissement », réserve dont dispose à cette fin le système perception-conscience.

Avant d'aborder les principes du fonctionnement économique, il reste à dire quelques mots sur les processus primaire et secondaire. Nous avons vu que le ***processus primaire*** était caractérisé par un *état libre de l'énergie* dont nous savons qu'il a pour conséquence non seulement la facilité de la décharge mais aussi les phénomènes de déplacement et de condensation. On entend par *déplacement,* rappelons-le, l'écoulement, le glissement d'une énergie d'investissement le long d'une voie associative enchaînant diverses représentations, ce qui aboutit à faire figurer une représentation à la place d'une autre. On peut remarquer que ce déplacement a toujours une fonction plus ou moins défensive. Ainsi, dans le rêve, il permet de faire accepter par la censure des représentations atténuées. Un autre exemple, plus net encore, de cette valeur défensive, est donné par le symptôme phobique. Dans la *condensation,* une représentation unique apparaît comme un point commun à plusieurs chaînes associatives de représentations et c'est sur elle que s'investissent leurs énergies : celle-ci est donc à la place de toutes celles qui se rejoignent en elle.

L'autre aspect important du processus primaire est qu'il tend à la recherche d'une *identité de perception.* Cette notion d'identité de perception est liée à celle d'expérience de satisfaction. Il faut entendre par là qu'à la survenue d'une tension (d'un désir) les traces mnésiques de l'objet et du processus qui ont antérieurement fait disparaître cette tension vont se trouver fortement réinvesties. Le sujet va donc s'efforcer de renouveler le processus et de retrouver

1. Voir les développements concernant ces mécanismes au chapitre 4.

par les voies les plus directes l'objet satisfaisant, ou plutôt les perceptions qu'avait déclenchées cet objet. Le plus typiquement, ce but sera atteint par la réactivation hallucinatoire du souvenir de l'objet.

Quant au ***processus secondaire,*** il se définit d'abord, bien sûr, par *l'état lié de l'énergie.* À ce niveau, ce qui est recherché n'est plus l'identité de perception mais *l'identité de pensée,* c'est-à-dire que l'intérêt du Moi se porte sur les liens, les voies de liaison entre les représentations. Le sujet n'est plus tout entier absorbé par son seul désir de ressusciter des perceptions agréables, il exerce une réflexion, introduit les paramètres qu'impose la prise en considération du contexte. C'est dire aussi qu'apparaît une possibilité d'inhibition plus ou moins durable de la tendance première à la décharge. On peut déjà dire que cette introduction de la pensée réflexive et de la temporalité entraîne aussi le remplacement du principe de plaisir par le principe de réalité.

Qu'est-ce que le ***principe de plaisir?*** C'est cette loi qui régit d'abord l'activité psychique et lui donne pour but d'éviter le déplaisir et de rechercher le plaisir. Notons que là encore c'est une idée qui est antérieure à Freud. Ce principe de plaisir suppose évidemment de s'entendre sur ce que sont plaisir et déplaisir. Pour Freud, cet aspect qualitatif a toujours été lié à un aspect quantitatif, c'est-à-dire à une question de niveau d'énergie, le plaisir se définissant comme une réduction au minimum de la tension énergétique.

Cependant, dans *Au-delà du principe de plaisir* (1920), Freud relève qu'il existe des tensions agréables. Il fait alors intervenir un facteur temporel, c'est-à-dire qu'il n'y a pas seulement à considérer le niveau d'investissement énergétique mais aussi les variations de cet investissement, leur rythme, leur gradient. Néanmoins, cette question de la réduction du qualitatif au quantitatif n'a jamais été conceptualisée de façon tout à fait satisfaisante.

Le principe de plaisir suppose que les pulsions ne cherchent d'abord qu'à se décharger, à se satisfaire de la façon la plus immédiate. Mais l'expérience conduit à constater que la satisfaction la plus immédiate, la réalisation hallucinatoire, est décevante et que même la décharge réelle peut entraîner de très pénibles chocs en retour si elle est effectuée sans précaution. Il n'y a donc pas, en définitive, de satisfaction durable si l'on persiste à ignorer la réalité extérieure (les limites de notre organisme) : voilà ce qu'exprime le ***principe de réalité***. Il n'est donc qu'un aménagement du principe de plaisir imposé par l'expérience de la vie.

Il est intéressant de noter le lien étroit entre processus primaire, énergie libre, principe de plaisir, identité de perception ; et parallèlement entre processus secondaire, énergie liée, principe de réalité et identité de pensée. La première série régit le fonctionnement du Ça, la seconde prévaut au niveau du Moi.

La notion de plaisir, telle qu'elle est impliquée dans le principe de plaisir, a pour corollaire ce qu'on a appelé ***principe de constance*** qui est, dit Freud, l'hypothèse d'après laquelle l'appareil psychique aurait une tendance à maintenir à un niveau aussi bas que possible, ou tout au moins aussi constant que possible, la quantité d'excitation qu'il contient. En effet, en prenant les choses dans l'autre sens, la perception subjective d'une augmentation de tension entraîne le déplaisir et la recherche d'une possibilité de décharge.

Comme la notion d'énergie libre et d'énergie liée, cette conception du principe de constance est un peu une application à la psychologie d'un principe qui, né dans le domaine de la physique, tendait à s'imposer à toutes les sciences de la vie. En fait, ce principe de constance peut s'entendre de façons assez différentes : ou bien comme la constance de la charge énergétique totale d'un système clos, ou bien comme le maintien à un niveau équivalent de cette charge dans les différentes parties du système, ou encore comme une autorégulation de ce système face aux perturbations venues de l'extérieur. Cette dernière acception, qui est celle de la physiologie, est généralement désignée par le terme d'homéostasie. Mais comment Freud l'entendait-il, lui ? Il ne s'en est jamais très clairement expliqué.

Historiquement, il était parti dans *Esquisse d'une psychologie scientifique* d'un principe d'inertie très lié à la notion de processus primaire et selon lequel les neurones tendent à évacuer complètement l'énergie qui leur est communiquée. Rappelons qu'à cette époque la cure « d'analyse psychique » cherchait, par l'abréaction, à évacuer un surcroît pathogène d'affects. Ce ne serait que secondairement, et à la suite des exigences introduites par la vie, que le système neuronique se résoudrait à accepter une provision d'énergie et qu'il tendrait à la maintenir constante et aussi basse que possible. En ce sens, la loi de constance correspondrait donc au processus secondaire où l'énergie est liée.

Dans la définition que nous avons donnée du principe de constance, on aura remarqué un à-peu-près choquant, le maintien à un niveau constant de la charge énergétique, ou sa réduction au minimum paraissant être tenus pour équivalents. Cette ambiguïté n'a jamais été levée. Et lorsque sera introduite l'expression « ***principe de Nirvana*** », qui recouvre le même concept, sa définition inclura pareillement la « tendance à la réduction, à la constance, à la suppression » de la tension interne ; constance et suppression ne sont toujours pas distinguées.

Il semble pour finir — et les concepts pulsionnels d'instincts de vie et d'instinct de mort, dont nous parlerons dans un instant, vont encore plus loin dans ce sens — que pour Freud la tendance fondamentale soit la réduction à zéro et que la tendance à la constance ne soit, si l'on ose dire, qu'un pis-aller, un aménagement secondaire, imposé par les exigences du monde extérieur.

INTRODUCTION À L'ÉTUDE DES PULSIONS

Définitions

Il est commode, pour situer d'abord les pulsions, de considérer que les excitations auxquelles est soumis l'organisme sont de deux sortes. Les unes sont extérieures et discontinues, circonstancielles ; on peut s'y soustraire par la fuite. Les autres, endogènes, exercent une pression plus ou moins continue ; leur pression correspond à ce que recouvre le terme de besoin ; il n'y a évidemment aucune possibilité de s'y soustraire. C'est à ce type d'excitations qu'on donne le nom de pulsions ou parfois d'instincts. Il semble que le terme

de pulsions soit préférable, celui d'instinct étant plutôt réservé à des comportements non seulement héréditaires mais fixés et définis. Il s'agit de schèmes étroitement spécifiés dans leur visée comme dans leur déroulement.

De la pulsion, au contraire, il a toujours été donné une définition beaucoup plus large, beaucoup plus générale. C'est « un concept limite entre le psychique et le somatique, comme le représentant psychique des excitations issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme, comme une mesure de l'exigence du travail qui est imposé au psychisme en conséquence de sa liaison au corporel » (*Les Pulsions et leurs destins).*

On peut remarquer que l'expression « exigence de travail imposée au psychisme » est cohérente avec la notion de poussée qui se trouve dans le terme même de pulsion. D'ailleurs, pour comprendre plus avant la pulsion, il faut en examiner quatre aspects principaux qui, précisément, sont : la poussée, le but, la source et l'objet.

Le terme ***poussée*** désigne, bien entendu, l'aspect dynamique, moteur de la pulsion. Cette poussée est non seulement une propriété constante de la pulsion mais elle en est même l'essence, au point que l'expression de « pulsion passive » ne peut être qu'une manière succincte de désigner une tendance active à rechercher des situations de passivité. Et c'est un des points par lesquels Freud a voulu distinguer sa conception de celle d'Adler. Il ne pensait pas pouvoir attribuer à une pulsion particulière la tendance active, la tendance à la domination. Toute pulsion a la capacité de déclencher la motricité.

Cette tonalité dynamique se retrouve également dans l'expression de « motion pulsionnelle », dont le sens est très voisin de celui de pulsion. Il semble que ce terme soit simplement plus descriptif et s'applique à une pulsion considérée comme actuellement agissante.

De par sa nature, la pulsion tend donc vers quelque chose qui est son ***but***. Ce but est toujours la disparition de la tension précisément créée par l'émergence de la pulsion. Cette disparition se fait par une *décharge,* c'est-à-dire par l'écoulement, à l'extérieur du système, de l'énergie apparue. Cette décharge est donc la satisfaction de la pulsion. Mais si telle est la façon la plus large et à la fois la plus rigoureuse de concevoir le but de la pulsion, ce terme peut également désigner les moyens, les mécanismes qui permettent d'atteindre ce but final. Ainsi, le but d'une pulsion érotique orale pourra être la succion ou l'incorporation ; le but de la pulsion sexuelle génitale sera le coït.

Cette formulation établit déjà un lien entre le but et la ***source*** de la pulsion. Ceci est particulièrement net dans la sexualité infantile où, dit Freud, le but sexuel est sous la domination d'une zone érogène. L'expression « source de la pulsion » recouvre à la fois une notion topographique et une notion causale. Elle désigne, en effet, à la fois un processus somatique qui déclencherait au niveau psychique un état de tension, d'excitation, et également la zone de l'organisme où ce processus somatique se déroule. On peut noter au passage un certain flottement dans la conception de cette notion de source de la pulsion. En effet, dans les *Trois essais sur la théorie de la sexualité,* en 1905, ce terme semble désigner également les causes déclenchantes telles que : excitations mécaniques, activité musculaire ou intellectuelle. Mais en 1915,

dans la Métapsychologie (*Les Pulsions et leurs destins)* l'aspect strictement endogène de la notion de source est réaffirmé.

Le quatrième aspect par lequel on abordera la pulsion est le plus important sur le plan clinique : c'est ***l'objet***. « C'est, dit Freud, ce en quoi ou par quoi la pulsion peut atteindre son but». Et il ajoute : «il est ce qu'il y a de plus variable dans la pulsion. Il ne lui est pas originairement lié». On peut donc noter au passage, encore une fois, la différence d'avec la notion d'instinct. Le sens psychanalytique du terme objet est évidemment dérivé du sens classique, c'est-à-dire défini comme ce qui est corrélatif du sujet (ou de son Moi) dans une certaine relation. Précisons qu'il peut s'agir d'une personne mais aussi d'un objet partiel, par exemple le sein maternel; qu'il peut appartenir au monde réel ou au fantasme et aussi qu'il peut être extérieur à l'individu, au sujet, ou intérieur; ainsi, dans le narcissisme, comme nous le verrons, le Moi devient objet d'amour pour le Ça.

Nous venons de dire que la pulsion tend donc à l'origine vers la satisfaction par les voies les plus directes, sans se préoccuper d'y arriver par un objet plutôt que par un autre. Toutefois, après l'expérience de satisfaction, la représentation de l'objet satisfaisant, fortement investie, orientera désormais l'organisme vers la recherche du même objet. Mais, s'il y a élection d'un objet privilégié déjà chez le nourrisson, cette recherche d'un certain type d'objet se retrouvera un peu différemment par la suite dans la relation à un objet dit total ou génital[1]. Nous aurons à y revenir mais disons déjà, à ce propos, qu'une certaine ambiguïté peut exister en ce qui concerne ce terme d'objet. Il peut désigner, en effet, soit l'objet de la pulsion, soit l'objet d'amour du sujet. Le mot retrouve alors exactement le sens qu'il a dans la langue classique. Cette dernière acception du terme objet est particulièrement nette quand on oppose libido du Moi et libido d'objet.

On sait l'importance qu'a pris le concept de ***relation d'objet*** dans la littérature post-freudienne. Nous soulignerons seulement au passage son double intérêt : il invite à toujours considérer la vie psychique d'un sujet «en situation», et non isolé; il permet surtout d'assembler dans une seule approche des données tirées des notions de maturation libidinale, de structuration du Moi, d'organisation défensive, voire de l'organisation pathologique; on peut ainsi parler de relation d'objet phobique (c'est-à-dire : relation d'objet de type phobique).

Dans le langage courant, le sens du mot ***sexualité*** est facile à cerner. Toutes les activités qui sont reliées à l'appareil génital et à son fonctionnement, considéré comme normal par le groupe social, en expriment le contenu. La psychanalyse en a beaucoup élargi l'acception. Il faut voir que dans ce sens extensif sont inclus trois domaines. D'une part, une sexualité qui n'est pas encore à maturité, si l'on peut dire, qui n'est pas encore celle de l'adulte, c'est-à-dire la sexualité *infantile.* Encore qu'il puisse sembler contestable d'appeler sexuel le plaisir lié, par exemple, à l'activité orale du nourrisson.

1. Voir chapitre 1, les développements sur les notions d'objet partiel et d'objet total.

Mais c'est la considération de l'organisation de la libido et de son évolution qui justifie d'en rassembler toutes les manifestations dans une même catégorie : l'activité sexuelle.

D'autre part, il y a lieu de tenir compte d'une sexualité qui n'est pas considérée comme normale mais *perverse* et, à ce propos, il faut noter que ces manifestations perverses n'offrent pas à considérer seulement leurs manifestations majeures, relevant de la pathologie, mais aussi toutes ces expressions mineures qui se retrouvent généralement comme accompagnement ou préliminaire dans la relation sexuelle dite normale.

Enfin, et surtout, la psychanalyse a montré que les *symptômes névrotiques* représentent des satisfactions déplacées, des compromis de satisfaction de désirs sexuels et le plus souvent de désirs sexuels pervers, ce qu'exprime de façon imagée la formule célèbre : « La névrose est, pour ainsi dire, le négatif de la perversion ». *(Trois essais sur la théorie de la Sexualité.)*

En fait, tous ces domaines sont évidemment reliés et l'on sait le scandale que déclenchera Freud en affirmant que l'enfant présente, dans sa sexualité, une disposition perverse polymorphe. C'est précisément la continuité qui transparaît à travers ces diverses manifestations sexuelles, continuité que la clinique psychanalytique a démontrée, qui permet de toutes les ranger dans le domaine de la sexualité. Toutefois, Freud lui-même déclarait dans l'Introduction à la Psychanalyse que « nous ne sommes pas encore en possession d'un signe universellement reconnu qui permette d'affirmer avec certitude la nature sexuelle d'un processus ».

Nous n'aurons qu'un mot à ajouter à propos de la pulsion sexuelle pour préciser que, dans les conditions ordinaires de la vie psychique, c'est principalement à elle ou à ses avatars qu'on a affaire. On peut même préciser que toute la conceptualisation psychanalytique de la pulsion vise essentiellement la pulsion sexuelle. Comme c'est sur elle que s'exerce le refoulement, elle était même, dans la perspective de la première topique, constitutive de l'inconscient. C'est sans doute dans cette mesure qu'on a pu taxer la théorie psychanalytique de pansexualisme alors qu'en fait, et nous le verrons, il a toujours été question d'un dualisme pulsionnel, soit entre les pulsions sexuelles et les pulsions d'autoconservation, soit entre les pulsions de vie et les pulsions de mort.

Du point de vue économique, les manifestations de la pulsion sexuelle sont liées à l'existence d'une force, d'une énergie spécifique appelée ***Libido***. Il est donc bien entendu que ce terme ne désigne que l'énergie spécifique de la pulsion sexuelle. Pendant un temps, la distinction parut mal affirmée entre la « libido psychique » et l'excitation sexuelle somatique. Ultérieurement, il fut solidement acquis que le terme de libido désignait une énergie psychique postulée quantifiable (bien que non mesurable effectivement) et de nature sexuelle. Cette dernière caractéristique (pomme de discorde entre Freud et Jung) n'empêche pas que la théorie analytique, pour éclairer certains concepts de première importance (le narcissisme, la sublimation) ait besoin d'une énergie désexualisée, mais non originairement asexuée. Il faut enfin remarquer que si la libido ne recouvre pas tout le champ pulsionnel, l'énergie propre aux autres pulsions n'a pas reçu de dénomination particulière, Freud

ayant banalement appelé l'énergie des pulsions d'autoconservation « intérêt du Moi ». Quant au terme de destrudo, désignant l'énergie des pulsions de mort, il n'est pas de lui et n'a pas eu grand succès.

THÉORIE DES PULSIONS

Ayant ainsi posé les éléments de base concernant le concept de pulsion, nous allons étudier maintenant l'élaboration conceptuelle de cette notion, afin de comprendre à la fois son importance dans la vie psychique et aussi son importance dans la théorie psychanalytique.

Il est d'usage, et il est d'ailleurs conforme aux faits, de distinguer trois étapes dans le cheminement de la pensée de Freud à ce sujet.

– La première étape est caractérisée par le dualisme entre pulsions sexuelles d'une part, pulsions du Moi et d'autoconservation d'autre part.

– La deuxième étape est marquée par l'introduction du narcissisme dans la théorie des pulsions.

– La troisième étape institue l'opposition entre pulsions de vie et pulsions de mort.

On peut d'ailleurs remarquer, dans cette perspective historique, que la notion de pulsion ne s'est précisée qu'assez tardivement. Freud avait près de 50 ans quand il en a donné les premières définitions claires, dans les *« Trois essais sur la théorie de la sexualité »* (1905). Certes, il avait déjà étudié auparavant le conflit psychique qui intervient entre le Moi[1] et l'inconscient et précisé que ce conflit faisait intervenir des énergies, mais leur nature restait imprécise.

Pulsions sexuelles et pulsions d'autoconservation

La première élaboration théorique introduit donc cette distinction. La formulation la plus claire de ce dualisme, on la trouve en 1910 dans un travail sur *La conception psychanalytique des troubles visuels d'origine psychique*. Il y écrit : « Les pulsions ne sont pas toujours d'accord entre elles et cela aboutit souvent à un conflit d'intérêt. D'une importance tout à fait spéciale pour nos efforts d'élucidation s'avère l'indéniable opposition qui règne entre les instincts qui servent les desseins de la sexualité, l'obtention du plaisir sexuel et ces autres instincts qui visent à la préservation et à la conservation de l'individu, c'est-à-dire les instincts du Moi. Le poète disait que l'on peut ranger derrière la faim ou derrière l'amour tout instinct organique actif dans notre âme. »

À la suite de Freud, on peut aussi comprendre cette dualité comme une opposition entre les pulsions qui servent à la sauvegarde de l'individu et les pulsions qui assurent la conservation de l'espèce. Cette opposition, qui sera explicitée un peu plus loin, vient banalement de ce que les pulsions sexuelles, par leurs exigences, peuvent compromettre la sécurité du sujet, en tout cas sa

1. Au sens courant : la personne consciente.

quiétude à l'intérieur de son milieu social. Il faut bien voir que, s'il était clair depuis longtemps dans la théorie analytique que la force de l'inconscient reposait sur les pulsions sexuelles, c'était une nouveauté que de préciser que le Moi tirait, lui aussi, d'une certaine catégorie de pulsions, la force qui permet de s'opposer à l'inconscient. Donc, au moment de cette première théorie des pulsions, le conflit entre pulsions recouvre exactement le conflit entre les instances de l'appareil psychique.

Toutefois, un apport majeur de cette première élaboration est la notion **d'étayage.** En effet, pulsions sexuelles et pulsions du Moi ne s'opposent pas d'emblée. Bien au contraire, au début de la vie, les pulsions sexuelles s'étayent sur les fonctions d'autoconservation, c'est-à-dire qu'elles ont en commun avec elles et qu'elles leur empruntent à la fois leur source corporelle et leur objet ; à ce moment, les pulsions sexuelles ne se définissent, en somme, que par un certain mode particulier de satisfaction qui n'est, pour ainsi dire, qu'une sorte de bénéfice obtenu en plus. L'exemple type est celui de la succion. Le petit enfant tète pour satisfaire sa faim ; mais cette activité lui procure un plaisir en soi et plus tard, en l'absence même de faim, il cherchera à téter ou sucer à la recherche de ce seul plaisir. Dès cette recherche, la satisfaction sexuelle se sépare donc du besoin physiologique. Si la fonction alimentaire fournit un exemple d'étayage type, il faut savoir que toutes les fonctions organiques peuvent fonctionner de même et, singulièrement, les fonctions d'excrétion, miction et surtout défécation. Plus encore, ce ne sont pas seulement les fonctions organiques mais aussi les fonctions de la vie de relation qui étayent les premières satisfactions sexuelles. Ainsi de la vision, du toucher, de l'activité musculaire, voire de l'activité intellectuelle. Ainsi, dit Freud, « il se peut que rien d'important ne se passe dans l'organisme sans fournir une composante à l'excitation sexuelle » (*Trois essais sur la théorie de la sexualité).*

Une des conséquences importantes de cet étayage sur diverses fonctions du corps est la notion de **pulsions partielles.** Il faut entendre par là qu'il n'y a qu'une sexualité, qu'une pulsion sexuelle, mais que chez l'enfant, et jusqu'à la phase œdipienne chaque composante de cette pulsion peut fonctionner de façon tout à fait autonome, indépendamment d'un principe organisateur. À ce stade autoérotique, chaque zone érogène est donc susceptible d'apporter un certain plaisir sexuel appelé « plaisir d'organe ».

Une autre conséquence intéressante de cette identité des supports organiques des deux fonctions sexuelle et de conservation, c'est l'étiologie des **troubles fonctionnels d'origine psychique.** Dans un article déjà cité de 1910, Freud a notamment étudié les cécités psychiques. Si le Moi juge que les exigences sexuelles qui s'expriment dans la vue sont trop grandes, il va sévir contre cette utilisation de la vision par l'instinct sexuel. Mais le refoulement, dit Freud, va souvent trop loin, le Moi abandonne, en quelque sorte, l'organe de la vue aux pulsions sexuelles et la fonction de la vision se trouve impliquée tout entière dans le refoulement. C'est, dit-il, comme si le Moi avait jeté le bébé avec l'eau du bain. C'est, dit-il encore, comme si une voix accusatrice s'était élevée chez la personne intéressée pour lui dire : « Puisque tu as choisi de mésuser de l'organe de la vue pour te livrer au plaisir coupable des sens, ce

sera bien fait pour toi de ne plus rien voir du tout. » Un mécanisme analogue se retrouve dans un grand nombre de troubles déficitaires hystériques (paralysie, anesthésie, anorexie, etc.).

Certains (dont Freud dans les « Trois essais… ») voient aussi dans cette relation entre les deux fonctions une explication de la sublimation[1], c'est-à-dire la possibilité, pour une composante sexuelle partielle, de s'exprimer dans des activités non sexuelles.

Sur le plan du développement de la personnalité, ou plus précisément de la relation de la personne à un objet, il ressort de la notion d'étayage que la satisfaction sexuelle, étant à l'origine liée aux fonctions de conservation et, plus particulièrement, à l'alimentation, requiert un objet situé en dehors du sujet : c'est le sein maternel. C'est-à-dire qu'à une pulsion partielle correspond également un objet partiel. Mais, très vite, la pulsion sexuelle, en se séparant de la fonction d'autoconservation, n'a plus besoin d'un objet extérieur et peut se satisfaire de façon autoérotique. Ce n'est, dit Freud, qu'après la période de latence (mais plus tard il nuancera cette opinion) qu'apparaît de nouveau la recherche d'un objet extérieur, qui est à ce moment-là un objet total. Il conclut : « Trouver l'objet sexuel n'est en somme que le retrouver. »

Ce que nous venons de dire à propos de l'objet nous permet déjà d'apercevoir pourquoi les deux grandes pulsions vont non seulement se séparer mais s'opposer. Freud a dit ce qu'il en pensait dans un article de 1911 « *Formulation concernant les deux principes du fonctionnement mental* ». Pour les fonctions du Moi, le principe de réalité supplante très vite le principe de plaisir car ces fonctions, pour se satisfaire, ont impérativement besoin d'un objet extérieur. Tandis que les pulsions sexuelles, non seulement continuent à pouvoir se satisfaire de façon autoérotique mais une satisfaction leur est même possible en dehors de la réalité, sur le mode fantasmatique. (Nous y reviendrons à la fin de ce chapitre). Elles peuvent donc plus facilement rester attachées au principe de plaisir.

Cette notion d'étayage[2] marque le développement libidinal bien au-delà de ses phases prégénitales et, chez l'adulte, on parle très couramment d'un érotisme à caractère oral ou anal, par exemple lorsque la pulsion partielle domine dans la relation à l'objet.

Il faut bien voir que la pulsion sexuelle seule a donné lieu à une étude analytique. Quant aux pulsions d'autoconservation, elles n'ont jamais été étudiées comme telles, mais seulement dans leur relation avec les pulsions sexuelles. Il semble tout au plus que, de la même façon que Freud distinguait des pulsions sexuelles partielles, il distinguait aussi des pulsions d'autoconservation partielles, liées aux grandes fonctions organiques.

1. La sublimation est étudiée avec les mécanismes de défense, chap. 3.
2. Étayage et anaclitisme sont synonymes : les termes « anaclitique » et « anaclitisme » semblent plutôt affectés par l'usage au domaine clinique.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur la première étape de l'élaboration de la théorie des pulsions, l'étude détaillée de ces pulsions ayant été faite à l'occasion de l'étude du développement de la personnalité (chap. 1).

« Pour introduire le narcissisme »

Ainsi s'intitulait un long article paru en 1914, alors que cette première construction du champ pulsionnel était encore en gestation. Il a été difficile d'en situer d'emblée l'importance pour les gens de l'époque. Toutefois, ils ont perçu qu'il s'agissait de bien autre chose que d'une simple précision de la théorie. Jones rappelle dans son livre[1] qu'il avait alors écrit à Freud que « ce travail avait assené un coup bien désagréable à la théorie des pulsions ». La conception d'un dualisme pulsionnel semblait remise en cause. Peu après la rupture avec Jung, Freud semblait se rallier à sa conception moniste.

Dans une première approche, pourtant, les choses paraissent assez simples. Premièrement la dualité, instincts de conservation, instincts sexuels, est maintenue. Deuxièmement, c'est la compréhension de l'objet de cette pulsion sexuelle qui est remaniée. C'est-à-dire qu'auparavant Freud distinguait une satisfaction autoérotique (plaisir d'organe) et une satisfaction objectale. Il introduit maintenant une autre modalité qui est l'investissement global du Moi par la libido. Notons au passage que cette introduction du narcissisme a conduit à préciser, sinon à remanier, le modèle topique et la conception du Moi.

C'est à partir de diverses considérations, essentiellement génétiques et économiques, que fut élaborée cette notion de narcissisme[2]. Dès 1910-1911 *(Trois essais sur la théorie de la sexualité,* l'analyse du « Cas Schreber ») il est admis, à la suite d'Abraham qui avait postulé ce mécanisme dans les démences précoces, que la libido se retirant des objets du monde extérieur peut refluer, réinvestissant le sujet lui-même. Ceci conduisait à émettre l'hypothèse, au cours du développement, d'une étape où ce ne sont plus les zones érogènes mais la personne dans son entier (le Moi-corps) qui est investie.

Ultérieurement, et dans une sorte de dialectique de l'identification, l'investissement est déplacé sur un objet extérieur « identique » : c'est le stade du choix d'objet homosexuel. Plus tard se ferait l'investissement d'un objet hétérosexuel. Mais le Moi demeure toujours partiellement investi et les investissements objectaux lui restent reliés, selon l'image classique, comme les pseudopodes d'une amibe restent reliés à la région du noyau. Il y a comme une sorte de balancement entre ce que l'on appelle dès lors libido du Moi et libido d'objet. « *Plus l'une absorbe*, précise Freud, *plus l'autre s'appauvrit* ». (On remarque au passage qu'il s'établit donc là une autre application du principe de constance). « Le Moi doit être considéré comme un grand réservoir de

1. *La Vie et l'Œuvre de Sigmund Freud*.
2. Voir aussi le narcissisme au chapitre I.

libido, d'où elle est envoyée vers les objets et qui est toujours prêt à absorber de la libido qui reflue à partir des objets».

La libido étant l'énergie des pulsions sexuelles, elle tire son origine du Ça; c'est donc cette instance qui en est, en quelque sorte, le réservoir originel; ce n'est qu'après son premier investissement narcissique que le Moi dispose vraiment d'une réserve libidinale. Notons que ce premier investissement massif et exclusif laisserait une trace, la nostalgie d'une plénitude et d'une absolue félicité qui donnera, après remodelage par l'éducation, l'Idéal du Moi évoqué à propos de la seconde topique.

En fait, cette théorisation révèle certaines difficultés. Ce que nous venons d'en dire implique un double aspect du narcissisme : étape de l'évolution libidinale mais aussi donnée structurale permanente du Moi. (Pour certains auteurs, le narcissisme serait une entité plus ou moins comparable à une instance et disposant d'une énergie propre). Mais comment concevoir, dans l'une comme dans l'autre perspective, les notions de narcissisme primaire et de narcissisme secondaire, notions pourtant bien établies et utilisées par la quasi-totalité des auteurs après Freud?

Le **narcissisme secondaire** semble le moins embarrassant : concept essentiellement clinique, il s'entend de toutes les situations où se rencontre un reflux sur le Moi de la libido objectale. L'expression **narcissisme primaire** veut désigner la situation initiale où la libido investit le sujet lui-même. À quel moment placer cette étape? Il semble que nous l'ayons déjà vu : pour Freud, jusque vers 1915, elle se situe après l'autoérotisme. Mais lui-même, dès 1916, invoque un investissement narcissique beaucoup plus archaïque, antérieur à tout investissement du monde extérieur. Cette conception a généralement prévalu; ce stade, dont le prototype sera la vie intra-utérine, serait caractérisé par une double indifférenciation : entre le Moi et le Ça et entre le Ça-Moi et le monde extérieur.

Cette conception soulève quelques problèmes. D'abord, les notions d'investissement et de narcissisme (au sens d'un mouvement réfléchi) y perdent leur signification. Par ailleurs, pour certains analystes, à la suite de M. Klein, le nourrisson a d'emblée des relations de type objectal et présente un Moi fonctionnellement actif. Donc l'état indifférencié devient un état fœtal hautement hypothétique. Aussi, certains auteurs se rapprochant des premières vues de Freud, ont situé le narcissisme primaire au moment où se constitue (par intériorisation d'une image de l'autre) un Moi-personne (un Je) unifié et nettement «identifié», en liaison avec l'acquisition du schéma corporel (*cf.* le stade du miroir de J. Lacan).

Quoi qu'il en soit de ces débats, on peut retenir que le narcissisme nous a amené à considérer trois ordres de faits :

– Un état totalement indifférencié (Moi-Ça et sujet-monde extérieur).

– La constitution d'une image unifiée de soi (par «fédération» des autoérotismes et/ou par intériorisation d'une image de l'autre).

– Le retrait sur le Moi de la libido investissant les objets extérieurs (narcissisme secondaire).

Avec un peu de recul, il faut bien admettre que les craintes exprimées par Jones étaient fondées. Les pulsions d'autoconservation avaient déjà une importance modeste et une individualité assez fragile mais, dès lors que les voici investies d'une énergie sexuelle — puisque le narcissisme dit Freud est le complément libidinal de « l'égoïsme » (ou « intérêt du Moi ») propre à l'instinct de conservation — elles semblent bien être totalement submergées par la sexualité. D'autant qu'on voit mal l'intérêt de distinguer autoconservation et amour de soi.

Par la suite, Freud dégagé du souci de rassurer ses disciples reconnaîtra lui-même que « le long progrès de la recherche psychanalytique avait semblé marcher dans les pas des spéculations de Jung sur la libido originaire, d'autant plus, ajoute-t-il, qu'à la transformation de la libido d'objet en narcissisme était inévitablement liée une certaine désexualisation »[1].

En fait, le mouvement analytique aura à peine commencé à digérer cette nouveauté que déjà interviendra une autre étape et un nouveau dualisme pulsionnel.

Dernière théorisation de Freud sur les pulsions

Elle s'inscrit dans un remaniement général de la théorie analytique. Ces modifications ont solidement pris forme dans l'article de 1920 « *Au-delà du principe de plaisir* », mais il est certain qu'elles étaient en gestation depuis longtemps. Dans l'article de 1915 sur « *Les pulsions et leurs destins* » la genèse du couple antagoniste amour-haine, en particulier, posait un problème dont la solution n'était pas pleinement satisfaisante.

Il est intéressant de remarquer que cette nouvelle conceptualisation du champ pulsionnel axée, nous l'avons dit, sur le dualisme ***pulsions de vie-pulsions de mort,*** n'est pas le fait d'une méditation *a priori* mais apparaît comme l'aboutissement d'une série d'exigences logiques issues d'observations cliniques. Ici, en résumé, la pulsion de mort[2] est postulée à la suite d'une remise en cause du principe de plaisir par la **compulsion de répétition.** En effet, dans les rêves angoissants et répétitifs de la névrose traumatique, dans l'éternel retour de situations pénibles (névrose de « destinée », certaines phases des cures analytiques, voire certains jeux d'enfants) il n'apparaît pas que le principe de plaisir trouve en quelque manière son compte (contrairement à ce qui se produit pour le retour du refoulé : formation de substitution, formation de compromis). Il semble donc exister dans la vie psychique « une tendance irrépressible à la répétition qui s'affirme sans tenir compte du principe de plaisir, en se mettant en quelque sorte au-dessus de lui ». Certes, on peut essayer d'expliquer cette tendance à la répétition en y voyant des tentatives du Moi

1. De ce problème controversé de la désexualisation, nous relevons, outre son lien avec le narcissisme secondaire, sa corrélation avec la sublimation : c'est l'énergie désexualisée lors de son retrait narcissique qui permet ces investissements à but non sexuel (v. la sublimation au chap. 4).

2. L'expression s'emploie indifféremment au singulier ou au pluriel.

pour maîtriser des affects pénibles, ou encore en constatant que ce qui est déplaisir pour un système de l'appareil psychique peut être plaisir pour un autre (on parle volontiers, à propos de la compulsion de répétition, de « résistance du Ça »). Mais, pour Freud, ces explications, pour recevables qu'elles soient, ne sont pas suffisantes.

Par le détour de considérations biologiques et surtout économiques, où il reprend la conception du traumatisme et de l'angoisse, il en vient alors à supposer que la tendance à la répétition est une propriété générale des pulsions qui poussent l'organisme à reproduire, à rétablir, un état antérieur auquel il avait dû renoncer. Le changement, le progrès, serait dû à l'action de facteurs extérieurs, de facteurs perturbants qui obligent l'organisme à sortir de cette inertie. Mais alors, l'état antérieur à la vie étant l'état inorganique, on peut dire que la pulsion tend à ramener l'organisme vers l'inorganique, ou encore que la fin vers laquelle tend toute vie est la mort. Et c'est ainsi qu'il en arrive à postuler aux racines de notre vie psychique une pulsion de mort. À celle-ci s'oppose la pulsion de vie, l'Eros, force qui tend à organiser des ensembles de substance (vivante) de plus en plus complexes et à les maintenir tels.

Désireux de ne pas rester dans le domaine de la spéculation pure, Freud essaye alors d'étayer cette conception sur des considérations biologiques. Celles-ci n'étant pas pleinement satisfaisantes (les organismes unicellulaires pouvant être considérés comme virtuellement immortels) il revient à des considérations plus cliniques à propos du sadisme et du masochisme.

Jusqu'ici, le sadisme faisait partie de l'instinct sexuel. Mais il était tout de même bien particulier puisqu'il pouvait avoir pour but non seulement la maîtrise mais la destruction de l'objet, typiquement dans les relations de mode prégénital. Il apparaît donc directement antagoniste de cette pulsion sexuelle que Freud appelle maintenant « Eros ».

Alors, comment concevoir le sadisme-masochisme à partir du postulat de la pulsion de mort? À l'origine, cette pulsion serait dirigée contre le sujet lui-même : mais la libido (l'énergie de l'Eros) se lie à elle et, de ce fait, elle l'entraîne en même temps qu'elle vers le monde extérieur : une grande partie de la pulsion de mort est ainsi mise au service de la pulsion sexuelle. Ce mélange de pulsion de mort et de sexualité orienté vers un objet extérieur est donc le **sadisme.** Mais, une autre partie de la pulsion de mort, unie elle aussi à l'Eros, reste tournée vers le sujet : elle constitue le masochisme originaire érogène, ou **masochisme primaire.** Il apparaît donc que pulsions de vie et de mort sont toujours unies (ou fusionnées, ou intriquées). Cette *intrication* n'est pas le banal mélange de deux contenus à l'intérieur d'un même contenant; elle tient à l'action propre de l'Eros qui toujours cherche à lier, à assembler. Lorsqu'il y a désintrication des pulsions, apparaît l'ambivalence amour-haine; il s'agit en fait d'une éventualité exceptionnelle, illustrée cependant par le Surmoi du mélancolique, « culture pure de la pulsion de mort ».

Les deux pulsions de vie et de mort peuvent se trouver unies dans des proportions variables et ces variations modifient de façon considérable, on s'en doute, les comportements d'un sujet. Mais il reste qu'évidemment on ne saurait concevoir qu'une des pulsions fondamentales puisse se transformer en

l'autre. Aussi, pour expliquer les faciles et rapides fluctuations de l'une ou l'autre tendance, Freud a pensé devoir faire intervenir une troisième sorte d'énergie, une énergie neutre, aisément mobilisable, qui peut s'ajouter soit à la tendance érotique, soit à la tendance destructrice pour en augmenter la charge énergétique totale[1].

Nous avons vu que la première théorie des pulsions faisait concorder un conflit d'instances avec le conflit pulsionnel. Dans ce nouveau dualisme pulsionnel, cette concordance disparaît. Le Ça est, en effet, l'origine des deux tendances. Par la suite, le Moi devient, nous l'avons dit, le réservoir principal de la libido, c'est-à-dire des pulsions de vie ; tandis que les pulsions de mort, pour ce qui est de leur composante masochique, semblent être prises en charge par le Surmoi. Mais, dit Freud, « il ne saurait être question de limiter l'une ou l'autre des pulsions fondamentales à l'une des provinces psychiques. On doit pouvoir les retrouver partout ». Cette complexité, en fait, enrichit la dynamique intersystémique. Ainsi, le Moi peut obtenir de la satisfaction en déchargeant les pulsions du Ça mais à l'inverse le renoncement à la satisfaction pulsionnelle peut aussi lui valoir l'estime du Surmoi.

Pour fixer les idées, il peut être intéressant de voir ce que deviennent, dans la deuxième théorie, les concepts de la première théorie des pulsions. La pulsion sexuelle est devenue l'Eros, qui cherche à réunir les parties de la substance vivante, ou, plus précisément, cette partie de l'Eros qui est tournée vers l'objet extérieur.

La notion de pulsions du Moi subit une transformation plus complexe. En effet, depuis la prise en considération du narcissisme, certaines pulsions du Moi étaient reconnues comme de nature libidinale mais ayant un objet intérieur, le Moi. L'opposition entre pulsions sexuelles et pulsions du Moi se transformait ainsi en une opposition entre pulsions du Moi et pulsions orientées vers les objets mais les unes et les autres de nature libidinale. Nous avons vu que les pulsions de destruction, primitivement attribuées également au Moi, l'ont été, par la suite, au Ça.

En prenant du recul pour considérer cette nouvelle théorisation dans son ensemble, nous remarquons, d'une part, qu'elle remet en cause l'importance du principe de plaisir, d'autre part, qu'elle hypostasie, comme on l'a dit, la notion **d'agressivité** qui, jusque-là, n'avait eu qu'un rôle relativement effacé dans la théorie analytique. La notion même de pulsion est modifiée. En 1905, Freud en faisait seulement une quantité susceptible de produire un certain travail dans la vie psychique. En 1920, il fait de la pulsion l'agent, le support d'une tendance inhérente à tout organisme vivant et qui le pousse à reproduire, à rétablir un état antérieur, auquel il avait été obligé de renoncer sous l'influence de forces perturbatrices extérieures. On peut remarquer que, fâcheusement, seules les pulsions de mort peuvent se ranger sous cette définition ; nous verrons un peu plus loin comment Freud a cherché à tourner cet obstacle.

1. Nous rappelons le lien entre narcissisme et désexualisation de l'énergie, évoqué à la fin du paragraphe précédent.

À la limite on peut dire que :

– Dans la première conception pulsionnelle, la vie a son origine à l'intérieur de l'organisme et la pulsion est, en quelque sorte, à son service.

– Dans la deuxième conception, la vie a son origine dans un accident extérieur à l'organisme et les pulsions tendent, au contraire à ramener cet organisme à un état inorganique antérieur à la vie.

Freud s'est engagé, comme il le dit lui-même, dans les havres de la philosophie schopenhauerienne et il en arrive à postuler que la mort serait « le résultat proprement dit et, pour autant, le but de la vie ». Ce n'est pas la mort qui est « l'accident », c'est la vie.

Toutefois, bien que Freud n'ait plus jamais renoncé à cette conception, on doit noter que, sur le plan clinique, elle a peu modifié sa compréhension de la psychopathologie Même après 1920, le conflit psychique sera compris comme une opposition entre pulsions du Moi et pulsions d'objet, chacune d'elles résultant de l'union entre des fractions de la pulsion de mort et de la pulsion de vie.

On peut remarquer aussi que, du point de vue ontogénique, cette nouvelle théorie ne modifiera en rien la compréhension du développement libidinal, notamment des stades prégénitaux : Freud a toujours admis que cette deuxième conception reposait essentiellement sur des fondements théoriques, mais c'est pour cette raison qu'il n'a jamais cru devoir l'abandonner, malgré toutes les critiques dont elle a été l'objet, même de la part des tenants de la psychanalyse. On lui a reproché, d'ailleurs, aussi bien son recours à une explication biologisante qui, outre qu'elle n'était pas convaincante était méthodologiquement contestable, que sa référence à des conceptions philosophiques (Schopenhauer), voire à des mythes : celui de l'Amour et de la Discorde, d'Empèdocle, et surtout le mythe des Androgynes du banquet de Platon, qui est à peu près le seul argument de Freud pour faire entrer la sexualité dans sa seconde conception de la pulsion. En effet, les pulsions de vie ne paraissent pas avoir ce caractère conservateur de retour à un état antérieur, dont Freud fait maintenant la caractéristique première de la pulsion. Pour l'Eros, dit-il, cela équivaudrait à postuler que la substance vivante, ayant d'abord constitué une unité, se serait plus tard divisée en deux moitiés différemment sexuées, qui tendraient maintenant à se réunir à nouveau. C'est alors qu'il évoque, en s'en excusant, le mythe de l'Androgyne.

En dernier lieu, dans *l'Abrégé*, il renonce à mettre ces deux instincts primordiaux sur le même plan. Le but de l'Eros, dit-il, est d'établir de toujours plus grandes unités, donc de conserver, c'est la liaison. Le but de l'autre pulsion, au contraire, est de briser les rapports, donc de détruire les choses.

Dans la démarche métapsychologique, il n'est pas douteux que cette dernière théorie des pulsions dissone quelque peu. Longuement, avec ténacité, Freud s'était efforcé d'arracher sa conception psychologique à l'emprise métaphysique d'abord, ensuite à celle de la biologie. Et voici qu'il semble retomber sous leur double influence. Il n'est pas interdit de penser qu'arrivé à ce qu'il pouvait juger être la dernière étape de sa carrière, il se soit senti attiré par ses

« amours de jeunesse », la biologie, qu'il a longtemps pratiquée, et la philosophie pour laquelle il avait une particulière dilection[1].

THÉORIE DE L'ANGOISSE

L'élaboration précise de la théorie de l'angoisse, ou tout au moins sa formulation définitive, n'est intervenue que tardivement dans l'œuvre de Freud, puisque son livre *Inhibition, symptômes et angoisse* est paru en 1926, non qu'il n'ait abordé le problème auparavant mais il en était resté à une conception relativement simple et qu'il a lui-même récusée par la suite. Cette première conception, parfois appelée *première théorie de l'angoisse*, n'est cependant pas sans intérêt pour la compréhension de la théorie psychanalytique et mérite qu'on la présente ici.

Première théorie de l'angoisse

Elle peut être énoncée de façon très simple. Dès 1905, dans les *Trois essais sur la théorie de la sexualité,* Freud en donne la formulation suivante : chez l'adulte comme chez l'enfant, la libido se change en angoisse dès le moment que la pulsion ne peut atteindre à une satisfaction. Dans une note ajoutée en 1920, il précise de façon imagée : « L'angoisse névrotique est un produit de la libido, comme le vinaigre est un produit du vin ». En fait, considérant le cas de l'enfant, il observe que l'angoisse, à l'origine, n'est pas autre chose qu'un sentiment d'absence de la personne aimée. Mais, il n'élabore pas davantage cette façon de voir et, d'autre part, il postule que ce sont les enfants dont la pulsion sexuelle est précoce ou excessive qui montrent une prédisposition à l'angoisse.

Une dizaine d'années plus tard, dans le chapitre consacré à ce sujet dans *« L'Introduction à la psychanalyse »,* il apporte un peu plus de précisions. D'abord, il s'efforce de distinguer clairement l'angoisse réelle et l'angoisse névrotique. L'angoisse réelle est déclenchée par la perception d'un danger extérieur et elle est associée à un réflexe d'autoconservation. Donc, elle apparaît comme quelque chose de parfaitement normal et compréhensible. Toutefois, dit-il, la réaction de protection pourrait intervenir sans s'accompagner de la sensation d'angoisse, laquelle, lorsqu'elle est trop intense, peut même constituer un obstacle en paralysant le sujet. Seule, dit-il, la fuite est rationnelle, l'angoisse ne répond à aucun but.

Il reprend la conception ontogénique exposée en 1905 en la précisant. **L'enfant** réagit à la perte de la mère, ce qui reproduit, dit-il, l'angoisse accompagnant l'acte de la naissance qui est une séparation d'avec la mère. Il précise que cette séparation d'avec la mère laisse la libido inemployée, n'ayant pas d'objet sur lequel elle puisse se porter. En cela, l'angoisse de l'enfant préfigure l'angoisse névrotique de l'adulte. En effet, chez l'enfant,

1. Lettre à FLIESS du 2 avril 1896, in *La naissance de la psychanalyse*.

l'angoisse réelle n'intervient pratiquement pas. Un enfant est assez indifférent devant des situations réellement dangereuses, ce qui tient simplement à son incapacité à apprécier ce danger.

Précisant davantage les choses, il remarque que cette perte de l'objet aimé peut être remplacée par une situation ayant la même signification. Ainsi, l'enfant qui, dans l'obscurité, ne voit plus sa mère, pense la perdre et il réagit par de l'angoisse chaque fois qu'il se retrouve dans l'obscurité.

Toutefois, il existe une différence majeure entre l'enfant et le **névrotique :** chez celui-ci il ne s'agit pas d'une libido momentanément inemployée mais d'une libido détachée d'une représentation refoulée. En parlant du refoulement[1] Freud avait, jusqu'ici, envisagé uniquement le sort de la représentation. Il dit maintenant que la charge affective, le quantum d'énergie qui est attaché à cette représentation, subit la transformation en angoisse, quelle qu'aurait pu être sa qualité dans des conditions d'expression normale. Il parle même d'une décharge sous la forme d'angoisse. Il note, bien entendu, que le processus névrotique ne se résume pas à cette production d'angoisse et que, dans *la phobie* par exemple, il intervient ensuite une projection; c'est-à-dire que l'angoisse est rattachée à un danger extérieur et que, d'autre part, il y a formation de symptômes destinés à empêcher le contact avec cet objet extérieur phobogène (processus qu'il est intéressant de relever car nous le retrouverons dans la deuxième théorie de l'angoisse).

Notons qu'à cette époque Freud reprend la théorie d'Otto Rank, bien qu'il ne le nomme pas, en précisant que l'angoisse névrotique s'organise autour d'un noyau qui constitue la répétition d'un certain événement important et significatif, appartenant au passé du sujet; que, d'autre part, cet événement initial ne peut être que la naissance.

Du point de vue descriptif, il distingue ce qu'il appelle les angoisses d'attente, qui ne sont pas déclenchées par une situation particulière et, d'autre part, les phobies, où il existe un objet identifié comme cause déclenchante de cette angoisse.

D'un point de vue nosographique, et aussi étiopathogénique, il rappelle, d'une part, sa théorie des *névroses actuelles* à l'origine desquelles il place une insuffisance de décharge sexuelle. Il précise que l'abstinence sexuelle ne favorise la production d'angoisse que dans les cas où la libido ne trouve pas, par ailleurs, de dérivation satisfaisante, ou n'a pas été pour la plus grande partie sublimée.

Il remarque, d'autre part, qu'une catégorie de névrosés, les *obsédés,* semble être épargnée par l'angoisse. Cependant, lorsque ces malades sont empêchés d'exécuter leur rituel, leur cérémonial, on constate qu'ils éprouvent une angoisse intense qui n'était donc que dissimulée derrière le symptôme. Dans la névrose obsessionnelle, l'angoisse est remplacée par le symptôme. Il semble donc permis de conclure que les symptômes ne se forment que pour

1. Voir le mécanisme du refoulement au chapitre 4.

empêcher le développement de l'angoisse qui, sans eux, surviendrait inévitablement.

Pour conclure, et en nous plaçant dans la perspective du refoulement, on peut citer une phrase de Freud : « L'angoisse constitue la monnaie courante contre laquelle sont échangées, ou peuvent l'être, toutes les excitations affectives, lorsque leur contenu a été éliminé de la représentation et a subi un refoulement ». Ce que l'on a parfois résumé dans la formule : le refoulement crée l'angoisse.

Deuxième théorie de l'angoisse

Mais c'est évidemment dans « *Inhibition, symptômes et angoisses* » que Freud donnera la formulation la plus élaborée et la plus satisfaisante de sa théorie de l'angoisse (dite souvent *deuxième théorie de l'angoisse*). L'angoisse y apparaît comme une véritable fonction du Moi. C'est comme un signal de déplaisir qui permet de mobiliser toutes les énergies disponibles afin de lutter contre la motion pulsionnelle issue du Ça, laquelle reste d'ailleurs isolée en face de cette mobilisation du Moi. En effet, le Moi seul est organisé, le Ça ne l'est pas et ne met donc pas toutes ses forces disponibles au secours de la motion refoulée. Donc, d'emblée, il est affirmé que le Moi (l'instance) est réellement le siège de l'angoisse et la conception antérieure, qui voulait que l'énergie de la motion refoulée soit automatiquement transformée en angoisse, est repoussée.

D'ailleurs, le problème économique, énergétique, n'est plus au premier plan : l'angoisse n'est pas suscitée comme une manifestation chaque fois nouvelle mais elle reproduit, sous forme d'état émotionnel, une **trace mnésique** préexistante. Plus encore qu'auparavant, Freud va appuyer sa conceptualisation sur des considérations cliniques précises.

Ayant remarqué que l'angoisse n'apparaît guère dans l'hystérie de conversion, et que, dans la névrose obsessionnelle, elle est solidement recouverte, masquée par les symptômes, il s'appuie essentiellement sur l'étude de la phobie[1]. Il prend comme exemple une phobie infantile d'animaux, la phobie du petit Hans[2]. L'objet de cette phobie est précis, c'est la crainte d'être mordu par le cheval. Or, l'analyse met à jour une ambivalence et donc une agressivité contre le père. Freud postule que la motion pulsionnelle soumise au refoulement est cette agressivité dirigée contre le père et que le seul trait névrotique est la substitution du cheval au personnage du père. Au passage, il note que c'est ce déplacement qui constitue le symptôme. Cette crainte d'être mordu peut (« sans forcer », dit-il) être explicitée comme l'angoisse que le cheval ne lui coupe les parties génitales, ne le châtre. L'angoisse est donc une angoisse de castration et doit être replacée, en ce qui concerne la phobie (et plus généralement les névroses) dans le cadre du complexe d'Œdipe. Il note que l'autre composante œdipienne, la motion tendre vis-à-vis du père,

1. Ou hystérie d'angoisse, à distinguer de la névrose d'angoisse (*cf.* chapitre 8).
2. Pour l'exposé clinique détaillé, nous renvoyons évidemment aux *Cinq Psychanalyses*.

entraîne également une angoisse de castration : impliquée par la position féminine, à la place de la mère (ce qui est encore plus net dans le cas de « l'Homme aux loups »).

Cette conception entraîne donc un changement notable. Non seulement l'angoisse n'est plus une production automatique, liée au refoulement, mais plus encore, c'est cette angoisse de castration qui produit le refoulement. L'angoisse névrotique est donc rapprochée de l'angoisse devant un danger réel, ou jugé tel par le sujet.

Cette conception semble pouvoir être élargie à toutes les catégories de phobies, notamment de type agoraphobique, où l'angoisse de castration semble pouvoir dériver directement de « l'angoisse de tentation ». Cette filiation paraît évidente dans la syphilophobie.

Si l'on compare maintenant la **névrose obsessionnelle** à la phobie, on constate que la seule différence tient à ce que dans la névrose obsessionnelle la situation de danger est constituée par l'hostilité du Surmoi, c'est-à-dire que le danger n'est pas projeté à l'extérieur, il est au contraire intériorisé. Ceci amène à concevoir la punition du Surmoi comme une forme dérivée de la castration.

Élargissant encore le problème, Freud évoque les **névroses traumatiques.** Même en ce cas, le seul fait d'être soumis à un danger réel ne suffit pas à déclencher une névrose. En effet, l'angoisse réactive des traces mnésiques. Or, jamais quelque chose de semblable à la mort n'a pu laisser de traces assignables. C'est pourquoi l'angoisse de mort doit être conçue comme un analogue de l'angoisse de castration.

Quant à l'angoisse du petit enfant, réaction à l'absence de la mère, à la perte de l'objet, elle peut donc être rapprochée de l'angoisse de la naissance — séparation d'avec la mère — mais aussi de l'angoisse de castration qui est également déclenchée par la menace de perdre un objet hautement investi. Plus précisément, il y a entre la naissance et l'absence ultérieure de la mère un rapprochement à faire du point de vue économique. Dans les deux cas, il y a accroissement de la tension, ou par le brusque apport d'excitations extérieures lors de la naissance ou par le déplaisir de la faim, dans le cas de la séparation d'avec la mère. Plus tard, cette séparation déclenche l'angoisse, même s'il n'y a pas de sensation de faim, ce qui implique le passage d'une angoisse involontaire, automatique, liée à une situation menaçante, à une angoisse intentionnelle reproduite comme signal de danger. Cette notion de **signal d'angoisse** (au fond, angoisse-signal) est un apport important de cette élaboration théorique. L'angoisse devient ainsi un élément de la fonction de défense du Moi. Donc, de toute façon, c'est la perte de l'objet ou la menace de la perte qui est la condition déterminante de l'angoisse. Freud remarque que, dans cette perspective, l'angoisse de castration peut aussi se comprendre par le fait que la possession du pénis garantit la possibilité d'une nouvelle union avec la mère (en fait son substitut, la femme). Donc le perdre équivaut à perdre une seconde fois cette mère.

Il est plus difficile de dire comment l'angoisse de castration évolue en angoisse morale, c'est-à-dire en crainte du Surmoi. Il semble que la menace

soit celle de la perte de l'amour du Surmoi dont on sait qu'il est l'héritier du complexe d'Œdipe, c'est-à-dire des instances parentales. Freud ajoute : « La forme ultime que prend cette angoisse devant le Surmoi est, m'a-t-il semblé, l'angoisse de mort, c'est-à-dire l'angoisse devant le Surmoi projeté dans les puissances du destin »[1].

Notons qu'à son habitude, il ne s'attarde guère sur le cas de la fille et du sexe féminin qui, selon lui, « est pourtant, c'est certain, davantage prédisposé à la névrose ». Pour elle, dit-il, il ne s'agit pas de la menace de perdre un objet mais d'emblée, au contraire, de la menace de perte d'amour de la part de cet objet. Ce qui, par parenthèse, rapproche l'angoisse de la fillette de l'angoisse surmoïque, bien que Freud ait, dans « *l'Introduction au Narcissisme* », prétendu que le Surmoi, chez la fille, est de constitution plus tardive que chez le garçon.

Dans les addenda de son ouvrage, qui sont en fait une mise au point et un résumé, Freud précise donc qu'il y a lieu de distinguer le danger réel (menace à partir d'un objet extérieur) du danger névrotique (né d'une exigence pulsionnelle). L'angoisse est liée, de toute façon, à notre détresse face à ce danger. Il appelle traumatique une situation de détresse réellement vécue et il appelle situation de danger une situation évoquant la situation traumatique, c'est-à-dire permettant à l'individu de prévoir le danger et de s'y préparer. À ce niveau, on peut distinguer deux modalités de l'angoisse. Dans un cas, il s'agit d'une angoisse involontaire, explicable économiquement, lorsque s'instaure une situation de danger analogue à la situation de détresse, c'est **l'angoisse automatique.** Le signal d'angoisseest, quant à lui, produit lorsqu'une situation de ce genre ne fait que menacer. Le Moi semble alors se soumettre à l'angoisse dans un but de « vaccination » mais aussi de mobilisation de ses défenses.

On remarquera, une fois encore, que la deuxième élaboration reprend certains aspects fondamentaux de la première. Mais la seconde théorie de l'angoisse apporte, nous l'avons vu, une notion importante : le point de vue économique ne peut rendre totalement compte du fonctionnement mental. Certaines fonctions doivent être abordées du point de vue de l'information. N'est-ce pas évoquer, d'ailleurs, les « petites quantités » d'énergie, dont Freud postulait qu'elles sous-tendent les processus de pensée, processus dans lesquels ce qui importe n'est pas le traitement de l'énergie (minime) véhiculaire mais celui de l'information véhiculée.

RÊVE, RÊVERIE ET FANTASME

Si Freud a souvent profondément remanié la théorisation de certains concepts ou mécanismes — nous l'avons constaté tout au long de ce chapitre — sa

1. L'important apport de M. Klein et de son école à l'étude de l'angoisse de type psychotique (angoisse paranoïde, angoisse de morcellement du *Self* et de l'objet idéal introjecté) est évoqué à la fin de ce chapitre.

théorie du rêve n'a pratiquement subi aucun changement depuis l'étude approfondie qu'il en a donnée en 1900 dans *La Science des Rêves.* Il s'était intéressé à ce problème dès le début de ses travaux sur l'inconscient, mais son projet d'écrire un ouvrage sur ce sujet se précisa dans le même temps qu'il entreprit son autoanalyse (en 1897); on sait quel rôle important y revint à l'interprétation de ses rêves.

Avant de préciser «comment» s'élabore le rêve, nous nous demanderons d'abord «pourquoi» il apparaît, quelle est sa **fonction.** L'idée première est d'une extrême simplicité. Le rêve est une activité psychique qui appartient au sommeil. Le sommeil est un besoin physiologique, un état dans lequel le dormeur se retranche au maximum de toutes les excitations extérieures. Le sujet ne peut pas supporter indéfiniment la tension du monde et périodiquement il a besoin de retrouver une situation rappelant la vie utérine. Freud a même parlé d'un instinct qui pousse l'être à revenir à la vie intra-utérine, d'un instinct de sommeil. Le sommeil, dit-il, est en effet un retour au sein maternel.

Mais le désinvestissement de la réalité extérieure, la suspension de l'activité motrice, permettent un affaiblissement des contre-investissements défensifs, une atténuation de la censure puisque les motions pulsionnelles ne risquent plus d'être agies. Dès lors, le refoulement n'étant plus maintenu avec la même rigueur, les représentants pulsionnels vont faire issue hors du Ça, d'autant plus qu'à la faveur de cette régression[1] qu'est le sommeil, il y a comme un rapprochement du Moi et du Ça.

Comment apparaît alors la fonction du rêve? Il va se saisir en quelque sorte des pulsions issues du Ça et les aménager de manière à éviter que l'excitation représentée par l'émergence d'un désir ne stimule le Moi au point d'entraîner le réveil. Comment le rêve peut-il apaiser cette excitation? Tout simplement en apportant aux désirs une réalisation de type hallucinatoire. C'est ainsi qu'en résumé le rêve apparaît comme le **gardien du sommeil.** Dans une lettre à Fliess, lors d'un moment de découragement où il avait le sentiment d'aboutir à une impasse, Freud a même écrit : «Tout cela aboutit à un lieu commun, tous les rêves tendent à la réalisation d'un seul désir qui est le désir de dormir. On rêve pour ne pas être obligé de se réveiller, parce qu'on veut dormir.»

C'est donc l'émergence d'un désir qui risque d'interrompre le sommeil. Or, souvent dans le contenu du rêve, on retrouve des préoccupations évidentes de la journée précédente, les «restes diurnes». Est-ce précisément à ce niveau que le rêve recherche la satisfaction? En fait, il semble que les circonstances extérieures n'interviennent que dans la mesure où elles s'associent à un désir inconscient beaucoup plus profond, beaucoup plus archaïque. Le désir inconscient «est comme le capitaliste qui fournit l'énergie psychique à la formation du rêve. Ce rêve est réalisé par un entrepreneur, qui est ici les restes diurnes, et qui décide de l'emploi de cette énergie». Selon l'importance relative de ces

1. Dans le rêve, le processus de régression intervient selon plusieurs modalités; ici nous visons la régression «temporelle» de l'organisation du Moi.

restes diurnes et de la pulsion inconsciente, on a pu parler de « rêves du Moi » et de « rêves du Ça ».

Si le rêve tend à la **réalisation hallucinatoire** du désir (à un accomplissement du désir) il n'y arrive pas toujours de la même façon ni avec un plein succès. Dans les rêves infantiles, la réalisation est directe, immédiate. Dans le rêve de l'adulte, la réalisation est voilée, car si la censure est atténuée, elle n'est pas supprimée ; ainsi le Surmoi continue à présenter lui aussi ses exigences et le rêve est une formation de compromis [1], tout comme le symptôme.

Mais voyons comment le travail du rêve transforme les pensées profondes du rêveur. Du point de vue descriptif, le souvenir que nous avons du rêve est appelé **contenu manifeste.** Ce que l'analyse cherche à découvrir derrière ce contenu manifeste, les idées premières qui ont subi le travail du rêve, sont appelées **pensées latentes** du rêve. Interpréter un rêve, c'est retrouver ces pensées latentes, c'est découvrir l'organisation, le discours exprimant le désir qui est à l'origine du rêve. Contenu manifeste et pensées latentes apparaissent comme deux présentations différentes du même contenu, comme deux langages différents exprimant la même idée.

Corollairement, le ***travail du rêve*** consiste à transformer les pensées latentes du rêve de façon à les rendre acceptables par le Moi, à leur éviter le refoulement. D'autre part, le rêve représente, grâce à la régression du sommeil, une véritable effraction du Ça dans le Moi. Freud en voit diverses preuves : d'abord la mémoire est bien plus vaste dans le rêve que dans l'état vigile. On trouve dans le rêve des souvenirs qui pouvaient être oubliés du dormeur, et, en particulier, des éléments qui avaient succombé à l'amnésie infantile. Deuxième point, le rêve fait appel à un langage symbolique dont la signification reste le plus souvent ignorée du sujet lui-même quand il est éveillé ; il semble aussi que le rêve puisse faire apparaître un matériel appartenant à l'héritage phylogénétique. Mais surtout ce matériel inconscient, en pénétrant dans le Moi, porte en lui les traces du travail du Ça. En effet, quand on analyse la façon dont les pensées latentes sont transformées en contenu manifeste, on découvre quatre mécanismes qui sont :

– La condensation.

– Le déplacement.

– La prise en considération de la figurabilité.

– L'élaboration secondaire.

Nous avons déjà parlé de la **condensation** et du **déplacement** à propos du processus primaire. Nous n'y reviendrons donc pas, sinon pour relever que la condensation a pour conséquence la surdétermination du rêve ou de certains de ses éléments qui peuvent de ce fait admettre différentes interprétations également valables. On peut remarquer au passage que ces mécanismes qui appartiennent donc normalement au *processus primaire* font naturellement

1. On peut considérer que le cauchemar en est une illustration ; on y trouve le désir et sa sanction, l'angoisse douloureuse. Mais l'angoisse du rêve traumatique ressortirait à la compulsion de répétition.

l'affaire de la censure puisqu'ils tendent à rendre le rêve inintelligible pour le sujet.

Un troisième effet de l'élaboration c'est de transformer des idées en *images visuelles.* On peut en distinguer deux aspects : d'une part la sélection, parmi toutes les ramifications d'une pensée, de celles qui se prêtent à l'expression visuelle, d'autre part la tendance à des déplacements d'une notion abstraite vers une représentation concrète se prêtant à l'expression visuelle. Freud remarque qu'on retrouve là un aspect archaïque du langage. En effet, à l'origine, les mots avaient une signification concrète et certains n'ont pris que par la suite un sens abstrait. De la même façon, le langage du rêve ne connaît pas les oppositions, l'illogisme. Parallèlement, à l'origine des langues, un même mot pouvait désigner des notions inverses (exemple, en latin : *altus* ou *sacer*).

Le quatrième mécanisme porte la marque, lui, du processus secondaire. **L'élaboration secondaire** (dite encore prise en considération de l'intelligibilité) tend en effet à faire du rêve un tout cohérent et compréhensible. Plus encore que les autres, il signe l'intervention de la censure, du Surmoi, et corrélativement il semble que les rêves les plus cohérents sont ceux qui sont faits dans le sommeil le moins profond. En fait, l'élaboration secondaire intervient non seulement au moment de la formation du rêve, pendant le sommeil, mais elle intervient aussi au moment de la remémoration. Il n'est jamais certain que le rêve que l'on raconte soit exactement conforme à celui que l'on a rêvé. Cette élaboration secondaire, en tant que processus défensif, peut évidemment être rapprochée de la rationalisation.

Nous venons donc de dire que dans son mode d'élaboration même, le rêve a un caractère archaïque, régressif. Cet **aspect régressif** se retrouve à d'autres niveaux. D'abord et surtout à un niveau temporel, dans la mesure où il permet un retour du refoulé, c'est-à-dire le retour de formations libidinales appartenant à des stades précoces de l'évolution. Mais surtout le rêve est intéressant dans la mesure où il est l'illustration type de la régression topique[1]. En effet, rappelons que dans l'état de veille, l'excitation part de la perception sensorielle et traverse en quelque sorte l'appareil psychique (ou neuro-psychique) pour déboucher sur la motilité, alors que dans le rêve l'excitation remonte en quelque sorte de l'idée à une perception sensorielle, plus précisément visuelle. C'est encore ce que l'on appelle le cheminement régrédient du rêve.

On peut évoquer parallèlement une régression formelle dans la mesure où l'on passe simultanément de l'abstrait au concret (de l'idée à l'image). Rappelons que Freud postulait même une régression qui dépassait l'individu et remontait jusqu'à des sources phylogénétiques : cet apport, c'est le **symbolisme** du rêve. Le représentant symbolique est non seulement une formation substitutive mais une formation qui se trouve dans un rapport constant avec le symbolisé, cette constance se trouvant non seulement chez un individu donné mais chez tous les individus, indépendamment même des formes de civilisa-

1. Ici, le sens de ce terme n'est pas lié aux instances de l'appareil psychique.

tion. On peut remarquer à ce propos que ces éléments symboliques se signalent à l'analyse par le fait qu'ils ne se prêtent pas à l'association.

Autre particularité : si ces symboles sont nombreux, leur champ est limité. Ils concernent essentiellement la sexualité (auto- et hétéroérotique), les organes sexuels, la naissance, la mort, les parents, les enfants. Nous n'avons pas ici à en faire une étude détaillée et une simple énumération serait sans intérêt (les plus importants sont d'ailleurs fort connus). Il n'y a pas au demeurant de frontière nette entre les représentations symboliques et celles obtenues par les voies communes du déplacement.

On comprend aisément que toute cette participation de l'inconscient dans l'élaboration du rêve ait fait dire à Freud que l'interprétation des rêves est « la voie royale qui mène à la connaissance de l'inconscient » (laquelle, rappelons-le, ne constitue qu'un aspect du travail psychanalytique).

Il est certain que la similitude est grande entre le rêve nocturne et la rêverie éveillée, le ***rêve diurne***. Certes, au niveau des motivations apparentes, ils sont très différents puisqu'il ne s'agit pas pour ce dernier de préserver le sommeil. Mais ils ont en commun un caractère fondamental qui est de procurer au sujet une certaine satisfaction et ceci indépendamment de la réalité extérieure. De plus, il y a des parentés quant aux mécanismes de formation, le rêve diurne lui aussi fait souvent appel à des éléments de l'histoire infantile. On y trouve également des phénomènes de condensation, de déplacement et des représentations visuelles, encore que leur importance soit moindre que dans le rêve.

Mais surtout l'élaboration secondaire y prend une part beaucoup plus grande puisque d'emblée il se présente comme une histoire cohérente. On constate d'ailleurs que les rêves diurnes sont souvent repris dans le rêve nocturne. Ils peuvent même lui fournir un scénario autour duquel se développera l'élaboration secondaire. C'est ce que Freud appelait la « façade du rêve ».

En fait, pour lui, le rêve diurne ne se limitait pas simplement aux rêveries plus ou moins complaisantes du sujet, puisqu'il pensait qu'un grand nombre de ces rêves diurnes peuvent rester inconscients. En effet, cette rêverie n'est jamais que la façon plus ou moins élaborée dont s'exprime un ***fantasme.***

La fantasmatisation est une activité mentale fondamentale dont le moteur est le désir — plus précisément le désir non satisfait dans la réalité. Freud relie son apparition dans la vie psychique à l'introduction du principe de réalité. Celui-ci va s'imposer très vite dans le domaine des pulsions du Moi : la satisfaction hallucinatoire du désir de manger est bientôt décevante. En revanche, les pulsions sexuelles peuvent plus aisément s'y soustraire ; une certaine modalité de pensée va s'employer à les satisfaire dans l'imaginaire : c'est la fantasmatisation. Il est intéressant de relever que cette découverte est corollaire de celle de l'Œdipe. La première conception de la névrose en fondait l'étiologie sur la réalité d'un traumatisme, la séduction par les adultes. Mais cela supposait une telle fréquence de la perversion chez ceux-ci qu'une autre réalité s'imposa bientôt : la réalité psychique du désir incestueux, du complexe d'Œdipe, et de son refoulement. Car, en effet, on peut noter que dans la démarche freudienne la découverte du fantasme révèle la défense contre le désir, en même temps que celui-ci. C'est-à-dire qu'ici encore appa-

raît la notion de formation de compromis. Cependant, cette formation fantasmatique, souvent trop marquée par son origine pulsionnelle, pourra subir un refoulement.

Et, en effet, la plus grande part de la production fantasmatique est inconsciente, au moins au sens descriptif, car le statut topique du fantasme qui n'accède pas à la conscience est variable. Il peut s'agir de fantasmes élaborés dans l'Ics, selon le processus primaire et qui n'en sont jamais sortis, ou encore de fantasmes qui ont eu accès à la conscience (ou tout au moins au système Pcs) et qui, refoulés dans l'Ics, pourront y subir de nouvelles transformations tout en conservant l'organisation dont les a marqués le processus secondaire. Enfin, certaines formations fantasmatiques, élaborées dans le Pcs, y poursuivent leur destinée sans jamais atteindre le système Cs. À moins qu'elles ne reçoivent un surcroît d'investissement, ce qui les rend dangereuses pour le Moi et suscite leur refoulement, leur rejet dans l'Ics[1]. C'est essentiellement à ces fantasmes que convient la comparaison donnée par Freud dans son article sur «*l'Inconscient» :* «Il faut les comparer à ces hommes de sang mêlé qui, en gros, ressemblent à des blancs mais dont la couleur d'origine se trahit par quelque trait frappant et qui, de ce fait, demeurent exclus de la société et ne jouissent d'aucune des prérogatives des blancs.». Les fantasmes ainsi refoulés peuvent d'ailleurs «s'exprimer» sans accéder à la conscience : tels les symptômes névrotiques, les créations artistiques et les jeux de l'enfant qui sont alors au fantasme ce que le contenu manifeste est aux pensées latentes du rêve.

On peut remarquer à ce propos que le devenir d'un fantasme donné sera très différent selon la structure du sujet. Dans une structure dite normale, le fantasme sera agi lorsque son élaboration le rendra acceptable par le Surmoi et compatible avec la réalité; alors que pour une structure névrotique, une circonstance favorable à la réalisation du désir fantasmatique risque d'avoir un effet traumatique et d'entraîner une décompensation, c'est-à-dire l'apparition de symptômes. Le psychotique, quant à lui, hallucine son fantasme, nie la non-concordance entre la réalité et celui-ci.

Nous venons de marquer fortement la fonction défensive du fantasme. En fait, cette fonction peut sembler ne pas avoir une égale importance pour les tenants de l'école kleinienne puisque le fantasme est considéré par eux comme étant, tout au moins à l'origine, la simple expression mentale, la représentation psychique de l'instinct (considéré alors en tant que processus somatique). Il faut remarquer qu'à ces fantasmes primitifs, archaïques, ne correspondent pas des processus idéatoires mais des sensations, des vécus. Il y a donc une grande proximité entre la réalisation hallucinatoire du désir et ces fantasmes. Toutefois, il est certain que leur élaboration est très précocement marquée par ces mécanismes également archaïques que sont le clivage, l'introjection, la projection… Mieux même : c'est comme fantasme que ces mécanismes défensifs auront une existence psychique, l'introjection, par exemple, étant

1. Situer le fantasme dans le cadre de la première topique, pour plus de commodité et de précision, n'implique évidemment pas une mise en cause des instances de la deuxième topique.

vécue sur le mode de l'incorporation orale. C'est dire qu'en fait le fantasme intervient non seulement au niveau de la fonction défensive du Moi mais aussi au moment de son élaboration (et de l'élaboration corrélative de l'objet primitif). Ainsi le rôle du fantasme paraît de première importance dans la perspective métapsychologique kleinienne. Un dernier fait peut encore le confirmer. Nous avons dit que pour Freud l'introduction du principe de réalité amène l'activité fantasmatique à s'autonomiser par rapport aux processus de la pensée (logique et réflexive) ; H. Segal suggère à l'inverse que c'est la mise du fantasme à l'épreuve de la réalité qui est le fondement de la pensée.

Il nous reste un mot à dire concernant ces entités un peu particulières que sont les ***fantasmes originaires***. Il s'agit de scénarios imaginaires qui ont pour caractéristiques de se retrouver avec une extrême fréquence, sous un aspect quasi stéréotypé, et de chercher à répondre aux grandes énigmes contre lesquelles butent l'enfant. Ils ont essentiellement pour thèmes : la procréation, la scène du coït des parents (dite « scène primitive »), la séduction de l'enfant par un adulte et enfin la castration. Laplanche et Pontalis font remarquer que ces trois thèmes veulent apporter une réponse aux problèmes des origines : origine de l'individu, origine (émergence) de la sexualité, origine de la différenciation sexuelle. L'universalité de ces fantasmes peut être rapprochée de celle des symboles ; comme pour ceux-ci, d'ailleurs, Freud évoquait une origine phylogénétique.

Pour terminer, nous voudrions souligner que la notion de fantasme non seulement n'est pas une spéculation accessoire mais qu'elle représente un continuum qui imprègne toute la psychopathologie. Dans une note des « *Trois essais sur la théorie de la sexualité »,* Freud assurait : « Les fantasmes clairement conscients des pervers — qui, dans des circonstances favorables, peuvent se transformer en comportements agencés —, les craintes délirantes des paranoïaques — qui sont projetées sur d'autres avec un sens hostile —, les fantasmes inconscients des hystériques — que l'on découvre par la psychanalyse derrière leurs symptômes —, toutes ces formations coïncident par leur contenu jusqu'aux moindres détails. » Plus largement encore, n'est-ce pas toute la vie psychique qui apparaît comme tissée sur la trame d'une fantasmatique ?

AU-DELÀ DE FREUD : D'AUTRES CONCEPTUALISATIONS

Nous avons vu, au début de ce chapitre, que Freud avait souhaité très tôt adosser la démarche psychanalytique, tant dans les cures que dans la poursuite de sa recherche, à une construction métapsychologique. On doit noter que d'emblée, il indique que « L'essai est sans risque (…) que nous pouvons laisser libre cours à nos hypothèses, pourvu que nous gardions notre jugement critique et que nous n'allions pas prendre l'échafaudage pour le bâtiment lui-même. » Après les profonds remaniements apportés par la seconde topique et l'introduction de la pulsion de mort, il précisait encore, nous pouvons le rappeler : « de telles représentations appartiennent à la superstructure spécula-

tive de la psychanalyse et chaque partie peut en être, sans dommages ni remords, sacrifiée ou remplacée par une autre aussitôt que son insuffisance est démontrée ».

Rien d'étonnant, dès lors, à ce que de nombreux changements et remaniements aient été apportés à cet « échafaudage », par de multiples auteurs à l'intérieur même du seul courant de pensée freudien. Il n'est évidemment pas question ici de tenter ne serait-ce qu'un survol de l'ensemble de ce champ aussi vaste que complexe. En revanche il nous semble d'un grand intérêt de mentionner quelques-uns des apports parmi les plus significatifs et les plus féconds. Cette option nous a entraînés à négliger des travaux sans doute aussi importants que ceux que nous évoquons ; nous devons assumer cette part d'arbitraire, de toute façon inévitable.

Le domaine de la métapsychologie peut être entendu de façon plus ou moins large, ou restrictive. On y a généralement inclus toute la superstructure conceptuelle, spéculative, dont l'intérêt heuristique paraissait s'imposer. Nous avons pu constater, par exemple à propos de la théorie de l'angoisse ou du fantasme, qu'on y retrouve généralement un lien avec le « trépied » (les 3 points de vue : topique, économique et dynamique) que Freud posait au fondement de la métapsychologie.

Les controverses ont souvent tendu à distinguer une théorisation « descriptive » et une théorisation « explicative » ; débat de principe comme celui qui questionne l'appartenance de la psychanalyse aux sciences de la nature ou aux sciences de l'esprit. Dans le même ordre de préoccupation, la crainte de « biologiser » la psychanalyse a fait pencher certains auteurs du côté de la psychologie, et inversement d'autres approches soucieuses de préserver son caractère scientifique l'ont plutôt ramenée vers la biologie. Le concept de désir, par exemple, peut être aussi bien tiré d'un côté que de l'autre.

Quoi qu'il en soit de ces débats, aussi nourris que subtils, la psychanalyse, en butte dès l'origine aux attaques de nombreux détracteurs, a voulu affirmer sa scientificité et en tout cas la rigueur de sa démarche. Peut-être en raison de spécificités culturelles ce souci a été particulièrement vif aux États-Unis. Ainsi H. **HARTMANN**, représentant de l'orthodoxie freudienne, longtemps président de l'Association psychanalytique internationale, fut paradoxalement conduit par son idéal de scientificité, son désir de systématisation (et de recevabilité par la société américaine) à des positions très différentes de celles de Freud. Ainsi, selon lui, le Moi tend à se renforcer au cours du développement, en utilisant sa position entre le ça et le monde extérieur, jouant en quelque sorte l'un contre l'autre et réciproquement, pour accéder à une autonomie et à un pouvoir de plus en plus grands. Tandis que pour Freud le Moi lui-même est en grande partie inconscient, Hartmann attribue un rôle primordial à un *noyau autonome, aconflictuel du Moi*, qui se trouve renforcé par l'énergie désexualisée rendue disponible par le retour de la libido sur le Moi, mécanisme également lié au processus de sublimation. Cette position, où l'accent est mis sur la fonction adaptative, a suscité (peut-être pas sans raison) le reproche d'aller dans le sens d'une moralisation, de favoriser l'adaptation de la personne au groupe social et à ses valeurs. Il est vrai que le poids de l'inconscient, domaine de l'incontrôlable, s'y voit très réduit ; et de même

l'importance de la pulsion de mort, et de la destructivité d'une façon générale, n'y apparaît plus guère. Cette prévalence accordée au rôle du Moi s'exprime dans la dénomination d'*Ego Psychology* donnée à ce courant dont on pouvait craindre qu'il n'entraînât une rigidification, une perte de vitalité de l'analyse ; d'autant qu'au niveau de la technique de la cure se manifestait un semblable souci de moralisation.

Récusant l'esprit mécaniciste d'Hartmann (« l'esprit-machine ») en même temps que l'anthropomorphisme des instances (le Ça avec ses « exigences », le Surmoi et sa sévérité, voir sa « cruauté »), d'autres auteurs, également américains, s'attachèrent à recentrer la théorie psychanalytique sur l'humain, sur le sujet, notamment le sujet manifesté dans ses actes. Est exemplaire à cet égard la démarche de R. **SCHAFER** qui, poursuivant une réflexion sur : décharge pulsionnelle, acte et « action psychique », considère la psychanalyse comme « une discipline herméneutique dont l'objet est l'action ». Sur cette base, la conceptualisation de Schafer n'a guère besoin de métapsychologie ; il rejette pratiquement topique, économique et dynamique. La pratique même de la cure se fonde sur l'efficace du « *langage d'action* ». « Toute activité humaine significative, intentionnelle, dirigée vers un but et ayant un sens » est une action. En conséquence de quoi Schafer énonce une série de principes qui exigent que les interprétations, les processus psychiques soient toujours exprimés par des verbes à la voix active ayant le patient pour sujet. Nous ne pouvons entrer dans le détail de cette approche très contraignante et dont l'impact est resté limité ; mais la démarche de Schafer, comme celle d'Hartmann, vaut essentiellement par son caractère exemplaire.

Toujours aux États-Unis, H. **KOHUT** (émigré venu d'Europe, comme Hartmann… et quelques autres) construisit une œuvre dont le retentissement dans le monde analytique fut bien plus considérable et plus durable. Dans une perpective déjà évoquée par Hartmann, il introduit une entité psychique plus large que le Moi-instance, appelée *Self* (parfois traduit pas « Soi », parfois conservé tel quel). Ce terme, dont le contenu n'est pas facile à définir de façon rigoureuse, a été utilisé, dans des acceptions pas toujours identiques, par plusieurs auteurs de langue anglaise. Il désigne à peu près le sentiment que le sujet a de lui-même, aussi bien comme personne physique qu'en tant qu'être psychique, pouvant ainsi comprendre l'ensemble de ses objets internes. Le Soi est fortement investi libidinalement et chez Kohut les notions de Soi et de narcissisme sont indissociables. Ce narcissisme n'est nullement en compétition avec l'investissement objectal ; ces deux modes d'investissement sont au contraire complémentaires et à l'origine ils forment d'ailleurs une entité unique ; séparés, ils continueront à interagir. Ils conduisent respectivement à la constitution d'un « *Soi grandiose* » (ou « *Self* narcissique ») et d'une *Imago parentale idéalisée*. Leur interaction peut être figurée par l'échange de regards entre la mère et son enfant. Soulignons que pour Kohut, l'objet à l'origine fait partie du psychisme de l'enfant ; il le fait exister : c'est sa fonction de *self objet* (ou *self-objet*) qui se maintiendra par la suite.

Des dysfonctionnements à la phase précoce de développement entraînent des déficiences graves au niveau du Soi. Intervenant à un moment où le psychisme n'est pas structuré, ils entraînent une mise à l'écart de cette part

lésée du Soi, sorte d'équivalent pour le narcissisme de ce que sera le refoulement pour les investissements objectaux. Kohut appelle ce mécanisme « clivage horizontal ». Il applique également au Soi le clivage décrit par Freud à l'intérieur même du Moi : c'est le « clivage vertical ». Il s'agit alors de deux registres de fonctionnement du Soi, conscients l'un et l'autre, mais désaccordés et faisant coexister de façon durable un sentiment mégalomaniaque infantile avec une fragilité narcissique, une mésestime de soi. Le Soi, tout au long de l'existence, a besoin de relations *self*-objectales qui sont un peu au narcissisme ce que les relations objectales sont à la libido. Il est important de savoir que ces apports *self*-objectaux peuvent provenir de personnes mais aussi de tout l'environnement, naturel, social, culturel. C'est l'insuffisance modérée et progressive des *self* objets qui conduira à l'intégration durable, à l'« internalisation » des fonctions qu'ils remplissent et à l'autonomisation du sujet. C'est l'intérêt d'un optimum de frustration, faute duquel les capacités d'adaptation se développeront mal, et les formations organisatrices du Soi (« Soi grandiose » et « imago parentale idéalisée ») garderont un caractère archaïque contrariant une insertion satisfaisante dans la réalité.

Cette rapide présentation permet cependant de percevoir deux traits frappants de l'œuvre de Kohut : l'élaboration d'une conceptualisation à la fois novatrice et fortement organisée ; et surtout la place considérable qu'y tient le narcissisme. Certes, à la même époque, B. Grunberger par exemple considérait déjà le narcissisme non plus comme un avatar plus ou moins labile ou transitoire de la libido, mais comme une entité pérenne s'ajoutant aux instances de la deuxième topique. Mais Kohut, en le liant à l'existence et à la vie du Soi, le constitue comme élément fondamental de la personne psychique.

La métapsychologie freudienne est un référentiel tout à fait pertinent pour comprendre les phénomènes et les structures névrotiques ; d'autres conceptualisations (nous allons le voir à l'instant) le sont pour les structures psychotiques ; mais on peut dire que l'appareil théorique légué par Kohut est particulièrement bien adapté à la compréhension des organisations narcissiques que sont les états-limites sous leurs diverses manifestations. Ce qui apparaît à l'évidence quand on étudie les parties clinique et thérapeutique de son œuvre. On y trouve également la possibilité d'une meilleure compréhension des carences et fragilités identitaires, questions d'une évidente actualité ; mais cette dimension sort de notre propos.

Éclairer l'univers psychotique à la lumière des conceptions psychanalytiques a été très tôt un souhait de Freud et ses apports théoriques, sur la paranoïa en particulier, sont fondamentaux. Mais les contributions de Mélanie **KLEIN** sont imposantes. Au cours de sa longue pratique analytique avec les enfants et en particulier les enfants psychotiques, elle n'a pas été amenée à remettre fondamentalement en cause les concepts proposés par Freud ; mais elle a apporté une nouvelle compréhension du développement psychique qui requiert des conceptions tout à fait originales du fonctionnement mental. Ce qui frappe peut-être le plus dans la présentation qu'elle donne du psychisme du bébé, c'est l'intensité, la violence de la vie fantasmatique. Nous l'avons déjà mentionné plus haut (à propos de *Rêve, rêverie et fantasme*) et nous n'ajouterons que quelques mots pour souligner la prégnance de ces fantasmes.

Toute incitation pulsionnelle se trouve exprimée dans un fantasme clairement spécifié ; et de plus celui-ci, au-delà de son extension dans le monde intérieur de l'enfant, se manifeste également dans sa relation au monde extérieur. Ainsi, même s'il a très faim, un nourrisson pourra refuser le « mauvais » sein impliqué dans un fantasme persécuteur. De la même façon le conflit intrapsychique pourra s'exprimer dans une dualité fantasmatique susceptible de se traduire par un clivage au niveau comportemental.

Dans la conception kleinienne du monde de l'enfant, un autre trait remarquable est la précocité avec laquelle s'installe un fonctionnement déjà complexe, ce qui va avec une position durablement dominante du personnage de la mère, le père n'apparaissant même au commencement qu'en tant qu'attribut de celle-ci (fantasme des « parents combinés »).

Soulignons encore le poids considérable de l'agressivité, de la haine. Pour Freud l'introduction de la pulsion de mort a peu modifié, disions-nous plus haut, sa compréhension du développement libidinal ; dans l'édifice kleinien elle a naturellement et immédiatement da place. Ainsi la notion d'envie, introduite très tôt par M. Klein, se distingue de l'avidité par sa tendance destructrice : faute d'obtenir une impossible satisfaction elle devient meurtrière. On a pu voir en elle la plus ancienne extériorisation de la pulsion de mort puisqu'elle appartient aux toutes premières manifestations de la vie psychique. Il faut ajouter que dans l'univers tragique du bébé cette destruction de la mère entraîne un sentiment de désespoir absolu face auquel les défenses maniaques sont d'abord la seule réaction possible. Ce qui amène à la position paranoïde-schizoïde.

Dans sa démarche, M. Klein avait d'abord identifié une phase persécutive coïncidant avec le premier stade sadique-anal de K. Abraham (qui avait déjà décrit des fantasmes destructeurs). Plus tard elle la considère comme la première forme de relation d'objet et elle parle d'une *position paranoïde-schizoïde* (ou « schizo-paranoïde »), configuration qui peut être active bien au-delà des premiers mois de la vie et perdurer dans les structures psychotiques. Le mot « position » dégage cette formation de tout lien avec quelque étape qui serait, comme chez Freud, corrélée à une dimension anatomophysiologique. Le monde du nourrisson est agité par l'affrontement des pulsions de vie et de mort. L'objet primaire (objet partiel) est le sein et, parallèlement à la dualité pulsionnelle, il est clivé. Le « mauvais sein » se voit attribuer toute l'agressivité que l'enfant a projetée sur lui et il constitue une menace terrifiante. De même les projections des pulsions libidinales sur le « bon sein » en font un objet idéalisé, source de toutes les satisfactions. Son introjection procure au nourrisson un objet interne infiniment rassurant. Les projections pulsionnelles vont également avec un clivage du Moi qui ne peut assurer sa propre cohérence. L'intensité de ces phénomènes de clivage, l'angoisse de morcellement, spécifient la dimension schizoïde. La menace persécutive, le rôle majeur de la projection et du sentiment d'omnipotence expliquent le qualificatif de paranoïde. M. Klein a décrit un mécanisme caractéristique de cette position : l'identification projective, pour la description duquel nous renvoyons au chapitre IV (« Problème des défenses »).

Dans le cadre d'une évolution favorable du nourrisson, avec une « mère suffisamment bonne », des changements dans la dynamique pulsionnelle conduisent à un nouvel état : la « *position dépressive* ». Le Moi se renforce grâce à une identification à l'objet idéalisé et il a moins besoin de projeter les parties « mauvaises » de lui-même. Il acquiert plus de cohérence en même temps qu'il reconnaît un objet total. Ce qui le conduit à intégrer son ambivalence. Dès lors l'angoisse dominante n'est plus de morcellement de lui-même, mais de destruction de l'objet maternel, toujours menacé par son envie, sa voracité. Ce qui déclenche chez lui une menace de perte, de la culpabilité, du désespoir. Conjugué à la haine suscitée par l'image des « parents combinés », ce vécu mobilise d'abord les « défenses maniaques » qui font intervenir le déni de toute dépendance et aussi de la réalité psychique. Au-delà des phases aiguës du conflit, quand la réalité, les gratifications reçues l'ont un peu apaisé, interviennent les fantasmes de réparation. L'ambivalence est suffisamment atténuée pour que l'enfant, en projetant son amour sur la mère, puisse la réparer et rétablir une imago rassurante, bienveillante. La haine suscitée par le fantasme des parents combinés s'atténue également ; l'imago paternelle se conforte et des relations œdipiennes pourront s'installer. Dès lors les mécanismes adaptatifs se rapprocheront du registre névrotique, « normal ».

Nous ne pouvons ici aller plus avant dans le domaine clinique et thérapeutique exploré par M. Klein. Mais avec le recul on constate qu'elle a non seulement fondé, dans le cadre du mouvement freudien, une école d'une grande vitalité, mais qu'on peut retrouver son influence chez de nombreux analystes extérieurs à son école, en particulier dans le domaine de la psychanalyse des enfants.

La relecture de Freud que propose J. **LACAN**, outre qu'elle apporte quantité de concepts nouveaux, donne de ceux qu'elle reprend une acception profondément revue. De plus, les intrications et la complexité des liens qu'ils entretiennent font du lacanisme un édifice intellectuel impressionnant, d'un abord malaisé. Construction intellectuelle en effet, où l'affect a peu de part et où la formalisation tend à rejoindre la logique, l'abstraction mathématiques (les graphes, les mathèmes, le nœud borroméen). Si l'œuvre de Freud se déploie sur la toile de fond des acquis scientifiques et philosophiques de son siècle (de Darwin à Schopenhauer), il en est de même pour Lacan avec l'apport du structuralisme et de la linguistique saussurienne. Pour de Saussure déjà, la valeur du *signifiant* est dépendante de sa place parmi l'ensemble des signifiants ; et C. Lévi-Strauss avait énoncé que le signifiant prime sur le signifié. Ce concept de signifiant est corollaire à celui d'*ordre symbolique*, l'un des trois registres de la structure psychique avec l'imaginaire et le réel. Tout sujet est inscrit dans un ensemble de systèmes symboliques, au premier rang desquels le langage (et aussi l'art, la religion, les règles matrimoniales…). D'emblée le petit humain est pris dans l'univers du langage par lequel il est institué comme sujet. Le concept de sujet n'a pas fait l'objet d'une élaboration spécifique chez Freud : il se comprend comme l'être individuel conscient de lui-même. Chez Lacan le sujet c'est le « Je » du discours, sujet de l'inconscient issu d'un ensemble de signifiants qui lui préexistent.

Ainsi, et exemplairement, Lacan considère que l'Œdipe, qui s'efface un peu derrière l'interdit de l'inceste, est là avant le sujet. Notons que pour Freud (*Totem et Tabou*) le mythe du père de la horde primitive présente l'interdit de l'inceste comme une « forme » phylogénétique qui se retrouve dans le développement individuel. Mais Lacan dissocie totalement cet organisateur, de l'évolution libidinale. La prohibition de l'inceste est un signifiant majeur de l'ordre symbolique, considéré (avec Lévi-Strauss) comme attestant le passage de la nature à la culture. Plus globalement la fonction paternelle a un poids symbolique considérable, porté par le signifiant du Nom-du-père, dont la conceptualisation est concomitante de celles de la psychose (paranoïa) et de la forclusion. C'est dans l'ordre du symbolique que s'inscrit la castration, menace qui ne concerne pas le pénis, mais le « phallus imaginaire ».

Le deuxième registre de la « topique » lacanienne, l'*imaginaire*, est conjugué avec ce temps capital de l'ontogenèse appelé « stade du miroir ». Cette expérience spéculaire est constitutive d'une image unifiée du Moi, par opposition au vécu morcelé de l'expérience cénesthésique et motrice. En poursuivant l'élaboration de ce modèle, Lacan le complète par le Moi Idéal — image, derrière celle de l'enfant, des exigences idéales véhiculées par la mère — et l'Idéal du Moi que l'enfant découvre, au-delà du regard de la mère, comme attribut d'une image archaïque du père. Ce registre de l'investissement de l'image de soi tient aussi son importance de ce qu'il inclut la conception lacanienne du narcissisme ; dimension narcissique illustrée par le vécu jubilatoire qui accompagne chez l'enfant l'appropriation de son image dans le miroir. Mais la satisfaction apportée par l'image d'une complétude, outre qu'elle est illusoire, fait apparaître rétrospectivement une agressivité née des images de morcellement. Cette agressivité est également l'expression de la pulsion de mort qui a, chez Lacan, une présence plus forte que la libido, puisque le désir dominant est le désir narcissique d'être reconnu, qui se manifeste dans la demande faite à l'Autre. Dans la mesure où il se dérobe, l'objet de la demande apparaît comme l'objet (petit) a.

La catégorie du *réel*, troisième élément de la trilogie, n'est pas facile à cerner. Il peut être compris comme la dimension phénoménale attachée à toute représentation. C'est là que se place la réalité psychique, notamment la réalité du désir et les fantasmes inconscients qui lui sont reliés, déjà structurés par le langage. Après l'introduction de la forclusion, Lacan énonce que les signifiants forclos du symbolique réapparaissent dans le réel. Souvenons-nous que pour Freud « ce qui a été aboli à l'intérieur revient de l'extérieur ».

Cette rapide évocation, à partir du symbolique, de l'imaginaire et du réel, souhaite donner, en dépit de simplifications parfois réductrices, un aperçu de l'originalité de l'œuvre de Lacan. Bien d'autres aspects auraient mérité d'être abordés, mais ils auraient appelé des développements dépassant notre propos.

Parmi ces quelques élaborations conceptuelles que nous avons survolées, nombre d'entre elles ont été reconnues pour leur pertinence heuristique, en dehors de toute appartenance d'école. Ainsi la notion de « Soi » (ou *Self*) est très largement utilisée.

Certaines conceptions freudiennes ont fait, et continuent de faire l'objet de vives discussions. Le caractère universel et fondamental de l'Œdipe lui-même

est interrogé à la lumière des avancées de l'anthropologie et de l'éthologie humaine. Mais il semble que ce soit surtout le point de vue dynamique, la pulsion, qui fait l'objet de nouvelles approches. La deuxième théorie des pulsions, la conception de l'agressivité, ne font pas l'unanimité. Parmi les travaux les plus intéressants sur ce sujet, ceux de J. Bergeret (qu'il expose un peu plus loin) apportent une réponse convaincante et de plus en plus reconnue comme telle.

Après Freud, les auteurs se sont beaucoup plus intéressés à la relation à l'objet, et en particulier à la relation à la mère. À ce propos, on se bornera à rappeler le retentissement des travaux de D.W. Winnicott. Clinicien avant tout, il n'a pas apporté de nouvelles conceptualisations métappsychologiques, mais l'importance considérable du rôle de la mère (« suffisamment bonne », bien sûr) dans l'organisation psychique de l'enfant va avec une reconsidération du rôle du père, du patriarcat, voire de l'Œdipe. On notera que cette approche s'inscrit parfaitement dans l'esprit du temps. Plus fondamentalement le recours à la pulsion, concept « à la limite du biologique et du psychologique », s'est vu remis en cause. Ainsi Widlöcher a repris la notion d'intentionnalité, développée par Brentano (dont Freud suivit l'enseignement). Pour Brentano « nous pouvons définir les phénomènes psychiques comme contenant intentionnellement [en intention] un objet en eux ». « Dire de tout acte qu'il est intentionnel c'est reconnaître qu'il porte en lui son sens et son pouvoir, et non qu'il correspond à la volonté d'un agent ou au pouvoir d'une force qui lui serait extérieure ». L'intentionnalité du phénomène psychique peut alors se substituer à la pulsion, laissant de côté la référence biologique.

La théorisation psychanalytique suscitera sans doute d'autres élaborations. Nous avons déjà évoqué les mouvements de pensées ayant eu quelque influence sur Freud, sur Lacan et sur d'autres. Il y a des raisons de penser qu'aujourd'hui également les psychanalystes ne sont pas imperméables aux courants de recherches contemporains : étiologie, neurosciences… La psychanalyse ne s'est pas momifiée au XX[e] siècle !

BIBLIOGRAPHIE

ARNOUX (D.J.) — *Mélanie Klein*. 1997, PUF, Paris.

DIATKINE (G.) — *Jacques Lacan*, 1997, PUF, Paris.

FREUD (S.) — Esquisse d'une psychologie scientifique (1895). In *La naissance de la psychanalyse*, 1956, PUF, Paris.

FREUD (S.) — *La science des rêves* (1900), 1950, PUF, Paris.

FREUD (S.) — *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905), 1962, Gallimard, Paris.

FREUD (S.) — *Cinq psychanalyses* (1905-1918), 1954, PUF, Paris.

FREUD (S.) — *Métapsychologie* (1915), 1968, Gallimard, Paris.

FREUD (S.) — *Introduction à la psychanalyse* (1916-1917), 1951, Payot, Paris.

FREUD (S.) — Au-delà du principe de plaisir (1920). In *Essais de psychanalyse*, 1951, Payot, Paris.

FREUD (S.) — Le Moi et le ça (1923). In *Essais de psychanalyse*, 1951, Payot, Paris.

FREUD (S.) — *Ma vie et la psychanalyse* (1925), 1968, Gallimard, Paris.

FREUD (S.) — *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), 1965, PUF, Paris.

FREUD (S.) — *Nouvelles conférences sur la psychanalyse* (1932), 1936, Gallimard, Paris.

FREUD (S.) — *Abrégé de psychanalyse* (1938), 1950, PUF, Paris.

JONES (E.) — *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud* (1953-1957), 1959-1968, PUF, Paris.

LAPLANCHE (J.), PONTALIS (J.B.) — *Vocabulaire de la psychanalyse*, 1967, PUF, Paris.

LAPLANCHE (J.) — *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, 1990, PUF, Paris.

NACHT (S.) (sous la direction de) — *La théorie psychanalytique*, 1969, PUF, Paris.

OPPENHEIMER (A.) — Heinz Kohut, 1998, PUF, Paris.

Revue Française de Psychanalyse — 1985, XLIX, n° 5 et 6.

SANDLER (J.), NAGERA (H.) — Aspects de la métapsychologie du fantasme. *Rev. franç. de psychanal.*, 1964, 28, n° 4, pp. 473-506.

SEGAL (H.) — *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein* (1964), 1969, PUF, Paris.

WIDLÖCHER (D.) — *Les nouvelles cartes de la psychanalyse*, 1996, Odile Jacob, Paris.

3 VIOLENCE ET ÉVOLUTION AFFECTIVE HUMAINE

J. BERGERET

On s'inquiète de plus en plus de nos jours des différentes formes de manifestations dites « violentes » constatées dans notre société. En réalité une telle inquiétude n'est pas nouvelle, car à toutes les périodes de l'histoire et dans tous les pays du monde, on s'est employé à dénoncer toutes sortes d'exactions d'allure violente. Car la violence est universelle et elle existe à l'état au moins latent chez tout individu quels que soient son âge, son sexe, son rang social ou son ethnie.

La violence correspond à une tendance instinctuelle innée destinée à être intégrée progressivement dans d'autres finalités humaines, au fur et à mesure que le sujet accède à un libre et efficient exercice de ses capacités amoureuses et créatrices. Mais il demeure bien évident que tous les humains ne parviennent pas magiquement au même degré d'intégration de leur violence naturelle primitive.

Étymologiquement, le terme de violence ne connote aucune intention vraiment agressive. Le radical gréco-latin qui a donné naissance au mot « violence » entend seulement rendre compte d'un désir de vivre, à tout prix (*Bia*, *Via*, *Vita*). La violence en soi ne comporte pas de claire volonté de nuire. En effet, il ne faut pas confondre la véritable violence naturelle et universelle, nécessaire même à la survie (et présente dès la naissance), avec la véritable agressivité qui apparaît chez l'être humain plus tardivement, et selon un statut plus complexe, au cours des différentes étapes tendant à constituer une personnalité spécifique.

Il semble tout d'abord nécessaire de porter notre attention sur l'usage du mot « haine ». En effet un tel terme, utilisé avec profusion dans la littérature ou les plus simples propos tenus par les uns ou les autres, ne correspond pas à une notion utilisable par le psychanalyste. Pas davantage que les termes d'orgueil, de luxure ou de gourmandise par exemple. Ces termes peuvent avoir valeur morale mais non pas vraiment scientifique car leur sens propre ne se présente pas sous une forme assez précise et spécifique. La haine peut tout autant se rapporter à une violence naturelle et défensive (la peur des étrangers signalée par R. Spitz) qu'à un véritable plaisir pris à s'attaquer à un adversaire réel ou imaginaire. Nous laisserons donc de côté le terme de « haine » au profit des termes de « violence » et d'« agressivité ». Notions qu'il s'agit de différencier le plus clairement possible.

L'agressivité, tout comme la relation amoureuse, concerne toujours un objet nettement identifié et auquel sont attribuées, avec plus ou moins de pertinence

d'ailleurs, des caractéristiques de nature à justifier les réactions affectives du sujet. La violence, au contraire, se présente comme une réaction beaucoup plus élémentaire et beaucoup plus globalement brutale : les caractéristiques propres de l'objet ne jouent pas tellement ici ; il s'agit seulement pour le sujet de s'estimer menacé par un objet extérieur plus ou moins bien déterminé et menacé de façon vraiment essentielle, vitale même ; existentielle donc, dans les cas extrêmes. Seul l'intérêt immédiat et global du sujet compte ; l'objet n'a pas de grande importance spécifique. Le sort qui sera celui de l'objet soumis à la violence ne préoccupe pas le sujet. Le sujet n'a aucune envie précise de nuire à l'objet. Même si les réactions de défense du sujet entraînent soit directement, soit indirectement, la destruction de l'objet, ceci n'entre nullement en compte dans les préoccupations du sujet qui ne s'attache qu'à sa pure protection personnelle.

Le sujet retire toujours un certain degré de satisfaction, plus ou moins érotisée, de ses attitudes agressives envers l'objet. Mais la violence naturelle au contraire n'apporte au sujet aucun avantage de cette sorte, car il ne s'agit pour lui, dans ce cas, que d'une réaction de défense employée sans joie comme sans culpabilité.

Une telle distinction entre agressivité et violence est tout aussi valable qu'il s'agisse d'attitudes individuelles ou de conduites collectives. On en retrouve des exemples à tous les registres des fonctionnements humains. Tout autant au registre de l'intimité imaginaire qu'au registre de la vie familiale ou sociale sous toutes ses formes. Il en est ainsi dans l'histoire intérieure des nations comme dans l'histoire des conflits entre communautés nationales, tribales ou ethniques.

L'attitude agressive apporte au sujet des satisfactions de nature érotique, retirées plus particulièrement par le fait de voir souffrir (sadisme) un objet avec lequel sont entretenus des liens extrêmement ambivalents, où se mêlent une part d'attaque de l'objet, de plaisir à attaquer et le lien érotique rapprochant sujet et objet — avec tous les aléas identificatoires latents refoulés. L'agressivité peut se voir considérée comme une activité mentale assez élaborée, assez secondarisée, alors que la violence naturelle demeure une simple réaction automatique de mode très primitif, destinée à diminuer une angoisse d'attaque, voire de destruction par un « autre » encore mal identifié, réaction n'apportant en soi aucune satisfaction de nature vraiment libidinale au sujet. L'agressivité nécessite un degré au moins relatif d'intégration (et de perversisation) de la dynamique sexuelle et l'accession à l'ambivalence affective, alors que la violence primitive ne va pas si loin et demeure fixée aux positions préambivalentes qui caractérisent, ou qui ont autrefois caractérisé, les premiers moments de la vie affective de l'enfant.

L'agressivité inclut déjà et au moins en partie une problématique triangulaire et œdipienne classique (plus ou moins bien réussie), donc une mise en activité d'une pulsion amoureuse, prise dans un sens relativement élaboratif alors que la violence primitive et naturelle demeure de l'ordre d'un instinct élémentaire depuis longtemps décelé chez l'animal et fort bien décrit plus récemment chez l'homme par les éthologistes à la suite des travaux de Lorentz ou Tinbergen. La violence entre donc dans le groupe très primitif des instincts « de vie » ou

instincts « de conservation » et ne correspond nullement à une quelconque « pulsion de mort » telle que Freud l'a évoquée de façons d'ailleurs contradictoires c'est-à-dire tantôt descriptive (phénomène de répétition : *Zwang* et non pas *Trieb*, dit Freud) tantôt économique (absence de liaison ou déliaison) tantôt de façon philosophique (notion de « nirvana »).

D'autre part, il y a lieu de ne jamais oublier que le point de vue psychanalytique classique demeurait jusqu'à ces temps derniers centré sur un modèle de fonctionnement psychique correspondant à une structure de spécificité névrotique, c'est-à-dire triangulaire, génitale et œdipienne : il s'agit dans ce cas de considérer l'enfant comme ayant forcément déjà réussi à organiser l'ensemble de son fonctionnement affectif sous le primat d'un Œdipe réussi. Cet enfant serait d'emblée envisagé comme en proie à un désir sexuel dirigé vers le parent du sexe opposé et à une agressivité (assez complexe d'ailleurs) concernant le parent du même sexe, avec la culpabilité et la menace de punition que cela suppose.

De telles positions théoriques demeurent toujours essentielles pour un certain nombre de psychanalytes ; mais aussi pour beaucoup de spécialistes de la psychologie et de la psychopathologie contemporaines. On ne saurait certes contester le bien-fondé de ces positions quand il s'agit vraiment de personnalités structurées, pour l'essentiel du moins, selon un modèle névrotique. Mais on ne peut considérer qu'il s'agirait d'un mode de fonctionnement affectif commun à tous les humains d'emblée et sans restrictions. Et ceci dès les premiers moments de la vie affective d'un enfant. Il ne paraît pas possible de procéder à l'extension à toutes les situations rencontrées en clinique d'un modèle certainement exact mais limité à un mode de fonctionnement fantasmatique somme toute assez particulier et qui ne se voit pleinement efficient et pleinement organisateur de l'ensemble d'une personnalité que dans les situations authentiquement névrotiques, au sens structurel de ce terme. Il ne paraît pas possible non plus de considérer le mode de fonctionnement imaginaire œdipien comme se trouvant déjà à l'œuvre dans les relations les plus primitives existant entre l'enfant et ses environnements concentriques d'origine, en commençant, bien sûr, par la mère. Ainsi que l'a montré Freud lui-même, la problématique imaginaire œdipienne ne peut devenir efficiente qu'en s'étayant sur la problématique préalablement narcissique et autoconservatrice. Ce qui suppose qu'elle lui demeure historiquement et fondamentalement seconde.

Le modèle structurel triangulaire et œdipien ne constituerait donc pas l'alpha de toute psychogenèse. Et il ne constituerait aussi l'oméga réussi d'une personnalité que dans une partie seulement des modèles structuraux rencontrés en clinique. Si l'inscription imaginaire œdipienne est présente à l'état potentiel latent dans l'équation génétique (biologique et psychique) dont est obligatoirement doté tout nouveau-né, le modèle triangulaire œdipien ne parvient à potentialiser cette inscription et à lui conférer un primat sur l'ensemble de l'organisation de la personnalité d'un sujet que dans les structures de modèle névrotique. Dans les autres éventualités structurelles (organisations de modèle « limite » ou organisations psychotiques diverses), la personnalité se forme autour d'aménagements du narcissisme fondamental

selon des modèles plus ou moins déficitaires ou plus ou moins perversisés. Ce qui ne veut pas dire, c'est certain, qu'on ne puisse rencontrer dans ces situations de petits noyaux œdipiens coexistants, opératoires de façon isolée, mais sans efficience structurelle d'ensemble. Le mode de fonctionnement imaginaire narcissique induit une fixation au moins partielle à la violence primitive ainsi qu'une attitude relationnelle avant tout régie par les intérêts essentiels du « Soi ». L'autre demeurerait surtout un « non-Soi » dont on pourrait tout attendre, le meilleur de façon passive (dépendance anaclitique) ou le pire (atteinte du narcissisme du sujet, d'où réaction préventive de violence défensive).

Les travaux des éthologistes contemporains ont mis en évidence l'existence d'une « épigenèse interactionnelle » mise en jeu immédiatement entre le nouveau-né et ses environnements. La mise en activité des modèles présents dans l'inscription imaginaire initiale du nouveau-né ne se ferait que progressivement dans un jeu interactif réciproque des deux pôles en présence, et ce en fonction, bien sûr, de la qualité spécifique et de l'efficience comme de la disponibilité du pôle environnemental. En commençant, cela va de soi, par des interactions du registre narcissique, sans anticipation dans la progressivité ni relâchement de l'intérêt porté, et avec assez d'excitation sensorimotrice, sans cesser d'assurer un pare-excitations externe nécessaire encore devant les excès de l'éveil intérieur de l'érotisation de l'enfant.

Sur les modèles interactionnels violents, à intégrer et à organiser progressivement dans la relation à l'environnement pour établir une identité primaire (donc narcissique) valable et solide, vont peu à peu s'articuler des modèles vraiment triangulaires, génitaux et œdipiens conduisant à une identité secondaire (donc sexuelle) permettant la mise en jeu d'une authentique relation objectale. C'est-à-dire avec un objet qui sera en lui-même un autre sujet, accepté comme et parce que de nature différente, de statut égalitaire et de fonction complémentaire. Alors que la relation narcissique ne mettait en jeu, dans ses meilleurs développements que des semblables (idéalisés en bien ou en mal) avec lesquels il s'agissait avant tout d'entretenir des rapports de force, entre supposés « grands » et supposés « petits ».

Si, du fait d'un déroulement insatisfaisant de l'épigenèse interactionnelle, les modèles de fonctionnements initiaux, narcissiques et violents, ne parviennent pas à se voir suffisamment bien intégrés à l'intérieur du courant œdipien, un certain nombre de perturbations affectives peuvent apparaître. Au-delà des perturbations particulières et intérieures au fonctionnement œdipien (ce qui constitue le champ des maladies névrotiques proprement dites), on peut considérer deux grades catégories de troubles de l'organisation de la personnalité avec leurs conséquences morbides.

On peut se trouver tout d'abord devant une sorte de balancement sans succès ni fin entre économie narcissique et violente et économie génitale et objectale. Ceci donne souvent naissance à des réactions, voire à une pathologie de modèle dépressif, avec tous les camouflages et toutes les dérivations dont sont capables ces genres de déficiences narcissiques plus ou moins précoces. Mais, perturbation plus sérieuse encore, on peut voir une partie des éléments œdipiens (jusque-là demeurés isolés et éparpillés) récupérés et perversisés au

profit de la problématique violente initiale. Ce qui risque de donner naissance, à titre fragmentaire, à l'agressivité, au sadisme ou au masochisme et, quand les choses en arrivent à s'organiser de façon plus fâcheuse encore, à une structuration de modèle psychotique sous ses différentes formes, évidentes ou plus subtiles. C'est aussi le cas de la plupart des perversions dont il n'y a aucun intérêt ni théorique ni clinique de faire une catégorie structurelle originale.

Une lecture attentive des principales versions du mythe d'œdipe, et du drame de Sophocle en particulier, met en évidence que la violence fondamentale constitue pour l'inconscient primaire de base, commun à toute une socioculturelle, un conflit violent fondamental existant entre Œdipe et ses parents. L'épisode du Cithéron le montre clairement aux lecteurs, et le vers 1176 d'*Œdipe-Roi* l'exprime sans aucune ambiguïté. La rivalité violente entre générations constitue un drame commun à toute l'humanité : le premier fantasme commun lié à toute naissance, c'est qu'il risque de ne pas y avoir place au soleil à la fois pour l'enfant et pour ses parents. Le fantasme d'infanticide nécessaire apparaît donc comme naturel chez toutes les mères et chez tous les pères (même s'il est solidement réprimé) avant qu'intervienne ensuite sa négociation au sein de l'interaction imaginaire œdipienne qui se doit de l'intégrer, sans pouvoir le faire disparaître mais en lui conférant un autre sens, triangulé et érotisé. Dans le même ordre de progressivité, le fantasme d'élimination des parents se trouve présent chez tous les enfants du monde pour des raisons foncières n'ayant pas encore de valeur sexuelle ; ceci n'annule en rien le besoin coexistant de la protection parentale.

La violence naturelle reste soumise à la loi du « tout ou rien » ou plutôt du « Soi ou rien », en analogie avec le principe de base très simpliste de l'ordinateur : « zéro ou un ». Or l'ordinateur ne s'embarrasse pas de sentiment.

Il est évident qu'il demeure difficile de retrouver la violence innée (à l'état pur du moins) chez l'adulte en bonne santé. Cependant, de nombreuses situations témoignent d'un retour du refoulé violent. C'est, par exemple, ce qu'on appelle (à tort) des « psychoses puerpérales », situations où l'accouchée a peur de tuer son enfant. C'était aussi autrefois le cas de certains accouchements dramatiques : qui fallait-il sauver (c'est-à-dire qui fallait-il tuer?) la mère ou l'enfant? C'est aussi le sens du sacrifice demandé par Dieu à Abraham, ou encore le sacrifice chrétien du fils de Dieu tous deux jugés nécessaires à la sauvegarde matérielle ou spirituelle de l'humanité avec les mêmes racines symboliques. Les affirmations bruyantes de « non-violence » correspondent parfois à un contre-investissement compensatoire devant la résurgence d'un fantasme estimé trop violent pour qu'on accepte de le percevoir. Le statut socioculturel traditionnel de la femme comporte la même réaction dénégative ; vouloir qu'elle soit réduite à l'état de « bonne » mère seulement, et par là même de « bonne » épouse, c'est lui interdire du même coup l'accès à toute une partie de son imaginaire naturel de femme qui ne saurait être, à son origine, aussi monolithique et aussi édulcoré.

On ne peut confondre le cadre des exactions agressives qui sont de l'ordre des comportements secondarisés (et érotisés) et qui prennent tant de place dans les attitudes contemporaines de tant d'humains avec la violence naturelle qui, elle, demeure d'ordre primitif et fantasmatique. Il faut reconnaître cependant

qu'un lien assez étroit existe entre ces deux niveaux : les violences agies surgissent en effet lorsque la violence naturelle ne trouve pas le moyen de s'intégrer au sein d'une problématique affective mentalisable de façon plus mature et plus libidinalisée en débouchant sur la créativité relationnelle.

Les adultes échouent trop souvent de nos jours dans leur rôle d'inducteur de projets féconds capables de motiver une évolution affective incluant positivement la violence naturelle et innée au profit d'une dynamique libidinale créatrice et gratifiante pour l'ensemble de la personnalité, et l'originalité, d'un jeune. Alors la violence va demeurer flottante, inemployée et génératrice de dépressivité en entraînant cette morosité très répandue et si mal comprise, chez les adolescents ou les jeunes adultes. Au pire, la violence tentera de s'organiser pour récupérer un peu de libido (narcissique ici) en s'accordant au moins un petit plaisir : celui d'attaquer l'autre, et parfois même le fallacieux plaisir de détruire tout ce qui représente le monde des adultes.

Il est possible de comprendre ainsi toute une partie des désordres qui peuvent se rencontrer, à toutes les époques, dans les esprits ou dans les rues.

On peut se rendre compte aussi que la simple répression de la violence (et surtout des sentiments violents existant naturellement chez tous les humains), ne peut constituer une prévention positive des exactions agressives.

La violence instinctuelle n'est pas une composante « mauvaise » de la personnalité. Bien au contraire : seule importe l'utilisation que chacun pourra en faire. Il s'agit de savoir si le sujet sera aidé ou non par ses environnements successifs et concentriques dans ses efforts et ses envies d'utiliser sa violence naturelle à des fins positives et créatrices. Ou bien s'il se verra contraint de traduire sa violence naturelle dans des comportements négatifs et destructeurs, pour les autres mais en fin de compte pour lui-même.

Une question grave se voit ainsi posée non seulement aux jeunes bien sûr mais aussi à tous les parents, à tous les adultes, parents ou non, ainsi qu'aux différentes formes de décideurs collectifs qu'on appelle pudiquement les « pouvoirs publics ». : allons-nous agir avec les jeunes comme s'il s'agissait d'une génération spontanée de persécuteurs dont personne ne serait responsable, ni les adultes ni les jeunes eux-mêmes?

BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM (K.) — *Œuvres complètes*, Payot, Paris, 1966 (2 tomes).

BERGERET (J.) — *La violence fondamentale*, Dunod, Paris, 1984.

BERGERET (J.) — *La violence et la vie*, Payot, Paris, 1994.

BERGERET (J.) — *La pathologie narcissique*, Dunod, Paris, 1996.

BERGERET (J.) — *L'érotisme narcissique*, Dunod, Paris, 1999.

FREUD (S.) — *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Gallimard, Paris, 1949.

FREUD (S.) — Les Théories sexuelles infantiles, *La vie sexuelle*, PUF, Paris, 1969.

FREUD (S.) — L'organisation génitale infantile, *La vie sexuelle*, PUF, Paris, 1969.

GIRARD (R.) — *La violence et le sacré*, Grasset, Paris, 1972.

GRUNBERGER (B.) — *Le Narcissisme*, Payot, Paris, 1971.

KLEIN (M.) — *Envie et gratitude*, NRF, Gallimard, Paris, 1968.

4 | PROBLÈME DES DÉFENSES

J. BERGERET

En ce début de siècle, on ne peut plus envisager d'une façon trop globale ce qu'on appelle « les mécanismes de défense du Moi » comme on le faisait dans le courant du siècle dernier, nos connaissances portant sur la métapsychologie, et en particulier la topique, ayant sensiblement progressé.

On ne saurait, à l'heure actuelle, considérer le concept de « Moi » comme une instance aussi générale qu'on le faisait autrefois. Les auteurs francophones qui ont fait progresser nos conceptions en matière de narcissisme, et les auteurs anglophones qui ont très largement développé l'étude du « Soi » (*Self*) ont mis en évidence l'erreur commise par les premiers traducteurs de Freud qui ont utilisé le terme de « Moi » pour rendre compte du *Ich* allemand. Or le *Ich* (pronom personnel de la première personne du singulier employé au nominatif, c'est-à-dire sujet individuel actif de l'action) ne correspond pas au Moi (qui traduit le *Mich* allemand, c'est-à-dire à un accusatif utilisé pour désigner l'objet concerné par le verbe, c'est-à-dire ici le sujet se prenant lui-même (c'est-à-dire soi-même), c'est-à-dire son « Soi » comme objet. Ce qui concerne la relation narcissique et non pas la relation d'ordre génital où le sujet « Je » vise justement un autre objet).

Parmi les mécanismes de défense nous devons donc considérer d'une part les mécanismes assez élaborés pour défendre le *Ich* (c'est ce qu'on appelle, à tort, en français, le « Moi ») [1] et ceux qui sont tout simplement chargés de défendre l'existence du narcissisme c'est-à-dire le « Soi » (*Self*).

Il existe bien entendu des mécanismes chargés de défendre les différentes instances de la personnalité (Ça, Idéal de Soi, Idéal du Moi, Surmoi) d'un conflit pouvant naître entre elles, comme des conflits pouvant opposer l'ensemble de toutes les instances (y compris donc le « Moi » et le « Soi ») contre certaines pressions provenant de la réalité extérieure.

Les *mécanismes de défense* ne bénéficient pas, en général, d'une très bonne réputation. On les considère trop vite sous leur seul aspect conflictuel, voire pathologique alors que tout le côté adaptatif de leurs fonctions se trouve passé sous silence. Un sujet n'est jamais malade « parce qu'il a des défenses » mais parce que les défenses qu'il utilise habituellement s'avèrent comme soit inefficaces, soit trop rigides, soit mal adaptées aux réalités internes et externes,

---

1. Afin de ne pas troubler davantage les esprits, mais en ayant précisé l'erreur sémantique commise, nous continuerons ici (et avec regret) à appeler en français « Moi » le « Ich » allemand d'origine. Mais « Soi » le « Selbst » allemand (« Self » anglais).

soit trop exclusivement d'un même type et que le fonctionnement mental se voit ainsi entravé dans sa souplesse, son harmonie, son adaptation.

D'autre part on confond souvent les défenses du Moi (utilisées pathologiquement ou non) avec les *résistances*, notions qui ne concernent que les défenses employées dans le transfert (et dans la cure psychanalytique en particulier) par un sujet qui se défend spécifiquement contre le contact thérapeutique et les prises de conscience des différents aspects de ce contact, en particulier dans le jeu des associations d'idées qui se trouve ainsi entravé de manière à diminuer l'angoisse relationnelle.

E. Bibring et D. Lagache distinguent d'un côté *les mécanismes de défense*, automatiques, inconscients, sous la dépendance des processus primaires et dont le but demeure la réduction de la tension pulsionnelle et de l'angoisse qui en résulte, et d'un autre côté les *mécanismes de dégagement* régis par les processus secondaires (principe de réalité) visant aux aménagements des conditions internes du sujet en fonction d'une adaptation souple aux conditions externes et ne nécessitant pas un évitement quelconque de cette situation : par exemple le travail du deuil ou la familiarisation avec la situation anxiogène, autrement dit son intégration et son contrôle.

On pourrait entendre que les mécanismes de défense les plus élaborés concernent le « Moi » tandis que ceux qui apparaissent comme de nature davantage primitive concerneraient plutôt le « Soi ».

Il serait par ailleurs fâcheux de réduire le rôle des mécanismes de défense aux seules dimensions du classique « conflit névrotique » : quand il s'agit en effet d'organisation de mode névrotique, génital et œdipien, le conflit se situe évidemment entre les pulsions sexuelles et leurs interdictions (introjectées dans le Surmoi). L'angoisse est alors l'angoisse de castration et les défenses tendent à diminuer cette angoisse, soit en facilitant la régression à l'égard de la libido, soit en aménageant des exutoires régressifs, par exemple auto-, ou allo-agressifs, reprenant en l'érotisant la violence instinctuelle primitive.

En revanche, dans les *organisations psychotiques,* toute une partie prédominante du conflit profond se joue avec la réalité. L'angoisse est une angoisse de morcellement, soit par crainte d'un impact trop violent de la part de la réalité, soit par crainte au contraire de la perte du contact avec cette même réalité. Les défenses contre une telle angoisse demeurent tant qu'il est possible du mode névrotique; mais ceci ne suffit souvent pas et apparaît alors les défenses propres au système psychotique : autisme (essai de reconstitution du narcissisme primitif avec son circuit fermé), déni de la réalité (en tout ou partie) nécessitant parfois la reconstruction d'une néoréalité, l'ensemble de ces démarches conduisant à la classique position délirante.

Dans tout le groupe des *états-limites* enfin, le conflit se situe entre la pression des pulsions prégénitales sadiques orales et anales dirigées contre l'objet frustrant et l'immense besoin que l'objet idéal répare cette blessure narcissique par une action extérieure gratifiante permettant enfin d'aborder l'œdipe dans de bien meilleures conditions d'équipement affectif. L'angoisse qui en découle est l'angoisse de perte d'objet, c'est-à-dire l'angoisse de dépression. Les défenses seront donc essentiellement centrées sur les moyens d'éviter

cette perte et conduisent à un double manichéisme : clivage interne entre ce qui est bon (Idéal du Soi) et mauvais (immédiatement projeté vers l'extérieur) et clivage externe (entre gentils et méchants : non-Soi). À ceci s'ajoute une habile supercherie pulsionnelle inversée : une défense contre le prégénital gênant par des éléments pseudo-génitaux de couverture et de façade. On assiste à un essai de pansement de la blessure narcissique archaïque par un narcissisme secondaire en circuit ouvert, avide, mais impuissant à colmater le manque narcissique fondamental…

Ce rapide tour d'horizon doit nous permettre de mieux comprendre le rôle réel et relatif des défenses c'est-à-dire celles qui visent à défendre le Moi et celles qui visent simplement à protéger le Soi. Les secondes sont les plus évidentes et les mieux décrites, mais ne signent pas pour autant dans tout contexte structurel un mode d'organisation authentiquement névrotique, génital et œdipien.

Il semble trop facile de considérer que le refoulement entre en jeu de façon spectaculaire dans les névroses en général et l'hystérie en particulier : que la régression anale, les formations réactionnelles et l'isolation sont spécifiques de ce qu'on appelle « la névrose obsessionnelle », que la projection signe la paranoïa ou l'introjection la mélancolie alors que dans la schizophrénie la régression tendrait vers l'état fusionnel initial ; chez les états limites (et nombre de phobiques qui s'y attachent) le clivage des imagos est supposé permettre autant les évitements que les surinvestissements compensateurs et idéalisés.

L'ordre dans lequel sont présentées les opérations défensives que nous décrirons ici tiendra compte avant tout des ressemblances de terminologie pouvant entraîner des confusions (comme les « faux amis » dans le vocabulaire anglais). Ceci nous permettra de mieux préciser en quoi ces processus diffèrent sur le plan économique et profond alors que certains aspects extérieurs semblent les rapprocher.

CONTRE-INVESTISSEMENT

Les mécanismes de défense constituent des opérations de protection mises en jeu par le Moi ou le Soi pour assurer leur propre sécurité ; ce sont donc, au double sens de l'expression, des « défenses ». Ces défenses ont à jouer contre l'émergence jugée interdite, et en cela dangereuse, des représentations pulsionnelles provenant du Ça (voir chap. 2, « La topique »).

La théorie freudienne décompose le contenu de la pulsion en deux éléments distincts : l'affect (ou teinte affective émanant de la pulsion et non refoulable dans l'inconscient) et la représentation (contenu concret d'un acte de pensée). Seules les représentations, par le jeu des traces mnésiques liées aux perceptions antérieures et significatives, subissent un sort très varié, selon le droit qui leur est reconnu par les censures de demeurer ou non fixées aux affects correspondants, c'est-à-dire aux mêmes pulsions de départ, aux mêmes objets, et aux mêmes buts pulsionnels. C'est sur les représentations que portent nombre de mécanismes de défense et en particulier le refoulement alors que la répression porte sur les affects.

Lorsque le Surmoi et les instances idéales s'opposent à l'investissement par le conscient de représentations pulsionnelles indésirables, il y a d'abord *désinvestissement* de la représentation pulsionnelle anxiogène. Une certaine quantité d'énergie psychique va donc être rendue disponible et ne peut demeurer ainsi. Elle sera aussitôt réutilisée dans un *contre-investissement* en portant sur d'autres représentations pulsionnelles, d'aspect différent, pouvant être parfois conscientes parce qu'édulcorées et autorisées. Le tour ainsi joué aux représentations interdites les élimine du champ conscient au profit d'autres représentations « contre-investies » et sans danger apparent.

FORMATION RÉACTIONNELLE

Il s'agit d'un contre-investissement, dans une attitude autorisée, de l'énergie pulsionnelle retirée aux représentations interdites : par exemple la sollicitude peut être une formation réactionnelle contre des représentations violentes ou agressives, de même que les exigences de propreté de l'obsessionnel constituent une formation réactionnelle contre son désir de souiller.

C'est un mécanisme précoce mais fragile qui se développe avec prédilection pendant la période de latence au profit des valeurs mises en avant par les contextes historiques, sociaux et culturels[1], et au détriment des besoins pulsionnels frustes, agressifs ou sexuels directs, tout en cherchant à les drainer de façon indirecte. Cet aspect fonctionnel et utilitaire contribue à l'adaptation du sujet à sa réalité ambiante.

À un degré de plus, ce mécanisme conduit aux originalités du caractère propre du sujet par rapport à celui des autres. Si les formations réactionnelles deviennent trop systématiques, trop impératives, trop rigides, on entre alors dans la pathologie caractérielle. Dans les névroses classiques, ces formations demeurent puissantes mais limitées à un type déterminé spécifique du mode de relation d'objet et de chaque norme de névrose.

FORMATION SUBSTITUTIVE

La représentation du désir inacceptable est refoulée dans l'inconscient. Il existe, sur le plan du principe de plaisir, un manque que le Moi va chercher à combler dans une double opération subtile et compensatoire : apporter d'une part une satisfaction de remplacement et d'autre part s'arranger pour que cette représentation consciente de remplacement se trouve tout de même capable d'évoquer le plaisir interdit sans que cela apparaisse clairement, grâce au jeu des associations d'idées. Par exemple, la transe mystique peut très bien constituer seulement un substitut de l'orgasme sexuel : en apparence il n'y a rien de

1. Ces valeurs ne sont pas forcément parentales : elles peuvent émaner tout aussi bien et très souvent, par insuffisance des valeurs parentales, des comportements à la mode sur le moment dans la tranche d'âge intéressée.

sexuel, en réalité le lien avec l'extase amoureuse et physique se trouve conservé, l'affect demeurant identique. La formation substitutive constitue alors un des modes de retour du refoulé.

Cependant, la formation substitutive peut jouer bien souvent dans le sens inverse. Devant l'incapacité d'intégrer et de maîtriser les pulsions sexuelles par suite d'un certain degré d'immaturité affective lié à une carence narcissique de base, le sujet (opérant alors au registre des « défenses du Soi ») va chercher à masquer par une pseudo-sexualité substitutive de surface ses carences objectales et sexuelles, en même temps qu'il entend se rassurer contre la réalité de ses carences narcissiques. Il devient alors dommageable pour le sujet que son thérapeute se laisse prendre à cette supercherie.

FORMATION DE COMPROMIS

C'est aussi un mode de retour du refoulé, utilisé ici sous une forme où il ne pourra pas être reconnu, non par substitution mais par déformation. Ce processus va chercher à allier ainsi dans la compromission et les désirs inconscients interdits et les exigences des interdicteurs, ce que nous rencontrons dans le rêve en particulier mais aussi dans certains symptômes (besoin d'un objet contraphobique par exemple) ou dans nombre de réalisations artistiques, ou de certains choix dans le cadre de la vie sociale.

FORMATION DE SYMPTÔMES

C'est encore un mode de réapparition du refoulé. Que ce soit sur un mode physique ou psychique ou mixte, le symptôme n'est jamais causé par le refoulement en lui-même. Il signe seulement un échec du refoulement ; il ne constitue que le résultat de cet échec.

Le symptôme résulte à la fois des trois mécanismes précédents : formation réactionnelle, formation substitutive et formation de compromis. Il ne peut donc être placé sur le même plan qu'eux, sa nature s'avérant d'emblée plus complexe que celle de chacun d'entre eux considérés isolément.

De plus, le symptôme prend d'emblée, grâce au jeu du compromis et de la substitution, un sens particulier dans chaque entité psychopathologique ; il est impliqué étroitement dans le mode de relation d'objet propre à chaque organisation morbide. La défense constituée par le symptôme va dans le sens de la lutte contre l'angoisse spécifique : éviter la castration dans la névrose, éviter le morcellement dans la psychose, éviter la perte d'objet chez l'état limite. Les modes de formation de symptôme ne sont jamais facilement interchangeables tant que l'économie intrapsychique demeure stable. Une variation nette de la symptomatologie nécessite un changement d'économie interne, ce qu'il est primordial de rechercher dans toute relation thérapeutique, même en apparence essentiellement organique.

REFOULEMENT

C'est le mécanisme de défense le plus ancien et le plus important décrit par S. Freud dès 1895. Il reste étroitement lié à la notion d'inconscient et de ce fait utilise à lui tout seul la part principale des énergies défensives en éliminant du champ de notre conscience des îlots entiers de notre vie affective et relationnelle profonde mais combien réelle.

Il convient pourtant de noter, d'une part, que le refoulement, sous son aspect strictement fonctionnel, est indispensable à la simplification de notre existence courante et n'implique pas à tout coup une présomption morbide. D'autre part, quand il entre en jeu de façon pathologique, il s'agit par présomption d'organisations névrotiques ou tout du moins de systèmes défensifs de *mode névrotique* même au sein de structures différentes. Dans les autres organisations, moins élaborées génitalement que les névroses, on a découvert justement peu à peu d'autres mécanismes de défenses plus spécifiques ; nous les décrirons ultérieurement. Mais nous ne saurions trop insister d'emblée, avec S. Freud, sur le fait que le refoulement authentique demeure, quant à lui, essentiellement centré sur une dialectique génitale et qu'il intéresse avant tout le versant sexuel de la libido. On considère souvent le refoulement comme un mécanisme habituel, banal, allant de soi. Les choses ne sont pas si simples car le refoulement ne fait justement pas partie des processus défensifs les plus primaires et les plus archaïques. C'est un mécanisme assez « noble » d'abord parce qu'il touche aux élaborations génitales, ensuite parce qu'il se révèle comme coûteux (en énergie psychique), enfin parce qu'il se présente comme assez confortable par rapport à tout un autre groupe de mécanismes plus élémentaires.

Le refoulement peut être défini comme un processus *actif* destiné à conserver *hors de la conscience* les représentations *inacceptables*. On distingue trois niveaux auxquels joue ce mécanisme :

Refoulement primaire

Il reste d'une époque archaïque, individuelle ou collective, où toute représentation gênante (images de la scène primitive, de menaces pour la vie ou de séductions par l'adulte) se trouvait automatiquement et immédiatement refoulée sans avoir eu à devenir consciente ; c'est le pôle attractif par la suite, les points de fixation des refoulés ultérieurs touchant aux mêmes genres de représentations.

Freud n'a jamais cessé de postuler l'existence d'un refoulement primaire en relation avec l'existence d'un « Inconscient primaire ». Ceci suppose la présence d'une inscription sexuelle dans l'imaginaire primitif de l'enfant, dès la naissance. Mais en même temps aussi l'impossibilité pour cette inscription sexuelle de devenir tout de suite opératoire, en raison d'un refoulement primaire immédiat. L'inscription sexuelle primitive ne pourra s'avérer opératoire que dans une structuration plus avancée de l'appareil psychique ce qui préparera ainsi la mise en jeu de l'Œdipe et de tous ses aléas qu'il convient

d'écarter alors du registre conscient sous la pression d'un refoulement secondaire, générateur de l'inconscient secondaire.

Refoulement secondaire ou refoulement proprement dit

Il consiste en un double mouvement et d'attraction par les fixations du refoulement primaire et de répulsion par les instances interdictrices : Surmoi (et Moi dans la mesure où il devient l'allié du Surmoi).

Retour du refoulé

C'est soit une simple « échappée » du processus de refoulement, soupape fonctionnelle et utile (rêve, fantasmes), soit une forme parfois déjà moins anodine (lapsus, actes manqués), soit des manifestations franchement pathologiques d'échec réel du refoulement (symptômes).

Le refoulement ne porte que sur les représentations des pulsions interdites, grâce à un jeu de *désinvestissements* d'abord des représentations angoissantes par le préconscient (par exemple les filles des rues dans les phobies), puis de *contre-investissement* de l'énergie pulsionnelle disponible, aussitôt réinvestie sur d'autres représentations autorisées (objet contraphobique). Ce contre-investissement crée une dépense énergique constante indispensable sans laquelle le refoulé réapparaîtrait aussitôt sous les formes décrites plus haut.

Le refoulement proprement dit n'organise ni les formations substitutives ni les formations de compromis ni les symptômes. Ces phénomènes signent seulement le retour du refoulé, c'est-à-dire l'échec du refoulement, son débordement et non pas sa simple mise en jeu.

Le refoulement ne joue qu'après la distinction entre conscient et inconscient, et l'apparition du langage. L'inconscient, c'est ce qui n'est pas verbalisé, les représentations de choses ; le conscient au contraire correspond au verbalisé, aux représentations de mots.

Aussi efficace soit-il, le refoulement ne saurait empêcher que les représentations refoulées dans l'inconscient s'y organisent, nouent entre elles des liens subtils et donnent même naissance à de nouveaux rejetons qui vont tenter de se manifester à leur tour au niveau du conscient.

S. Freud avait d'abord pensé que le refoulement se trouvait à l'origine de l'angoisse. Mais l'élaboration de sa deuxième topique et le rôle déterminant attribué au Moi comme instance refoulante l'ont amené (Inhibition, symptôme et angoisse) à montrer comment, au contraire, l'angoisse créait le refoulement et à décrire le refoulement comme un jeu mobile et vivant, sans cesse en action, d'investissements, désinvestissements et contre-investissements de représentations les plus variées liées aux pulsions et aux affects désagréables pour les instances interdictrices.

Cependant, comme on le remarque par ailleurs bien souvent, la première conception freudienne ne semblait pas devoir se voir invalidée pour autant. En effet si la seconde théorie de l'angoisse s'adapte très bien à la clinique des entités névrotiques, la première théorie de l'angoisse peut être considérée

comme s'adaptant aux économies prégénitales dans la mesure où le refoulement primaire justement n'est point le résultant de l'angoisse existentielle d'essence narcissique mais au contraire sa cause déclenchante.

On ne peut concevoir un paragraphe consacré au refoulement, mécanisme de défense principal des névroses, sans décrire comment ce processus s'articule dans l'économie des deux seules névroses authentiques.

Dans l'hystérie

– *Hystérie de conversion* (type « Dora ») : on assiste à une disparition totale de la représentation liée à la pulsion gênante : le refoulement est complet (le souvenir de la verge de M. K appuyant contre son pubis est éliminé). Une formation substitutive est mise en jeu (la cage thoracique remplace le pubis) et la formation du compromis (pression sur la cage thoracique au lieu de pression sur le pubis) donne naissance au symptôme devenu inoffensif sur le plan surmoïque. Le refoulement a complètement réussi et suffit à lui seul (« la belle indifférence » de l'hystérique devant son symptôme) dans l'hystérie de conversion, alors que dans les autres formes de névrose une partie de l'angoisse réapparaît et nécessite la mise en marche d'autres mécanismes de défense complémentaires. Cette efficacité (pas toujours absolue) du refoulement dans l'hystérie de conversion explique pourquoi les hystériques vrais viennent aussi rarement consulter les psychopathologues et se trouvent si facilement fixés par les organicistes.

– *Hystérie d'angoisse* (type « petit Hans ») : les pulsions originelles sont ambivalentes. Prenons seulement le cas du père : l'amour du père et la haine du père coexistent en rapport avec la situation œdipienne. Seules les représentations de la haine du père (et de sa conséquence, la crainte du père) sont refoulées. Mais ce refoulement n'est pas assez bien réussi car la formation substitutive (cheval) ne correspond pas à un déplacement suffisant : un degré de désagréable persiste et il faut faire jouer en plus l'évitement, la fuite (phobie des chevaux).père et la haine du père coexistent en rapport avec la situation œdipienne. Seules les représentations de la haine du père (et de sa conséquence, la crainte du père) sont refoulées. Mais ce refoulement n'est pas assez bien réussi car la formation substitutive (cheval) ne correspond pas à un déplacement suffisantun degré de désagréable persiste et il faut faire jouer en plus l'évitement, la fuite (phobie des chevaux).

Dans la névrose obsessionnelle[1]

Le refoulement s'y trouve encore beaucoup moins bien réussi car on assiste à la mise en jeu successive de quatre facteurs complémentaires : la *régression* d'abord (régression pulsionnelle sur le sadisme anal) (« non je ne veux pas désirer mon parent œdipien, je veux le souiller »), puis *refoulement* de ces tendances sadiques (non je ne veux pas connaître mon envie de le souiller), puis

1. Dans les cas assez rares où les réactions obsessionnelles sont de nature névrotique.

formation réactionnelle (« je suis scrupuleux, je veux le protéger, le soigner »), enfin *déplacement* (de l'objet pulsionnel sur un conjoint ou un enfant à « protéger » ou la maison tout entière « à tenir propre » comme substitut).

Il y a lieu de ne pas confondre le refoulement (« répression » en anglais) :

– Soit avec ce qu'on appelle en français la répression (en anglais *Suppression*), mécanisme actuel et assez conscient concernant l'affect (et non sa représentation) et consistant non à le refouler mais, en l'inhibant, à le supprimer pratiquement. Par exemple : « Non, je ne veux pas penser au plaisir sexuel que j'aurais à sortir avec telle jeune fille ; c'est une camarade et c'est tout. » La représentation est conservée, l'affect est réprimé. La répression des affects (trop souvent confondue avec le refoulement des représentations) joue un rôle très important au sein des économies prégénitales.

– Soit avec la condamnation, élaboration consciente et motivée de l'interdiction. Par exemple : S. Freud nous montre comment, grâce à sa cure, le petit Hans passe du refoulement (processus primaire automatique et inconscient) à la condamnation de ses désirs incestueux (processus secondaire d'adaptation et d'intégration à la réalité).

IDENTIFICATION

Il ne s'agit pas là d'un mécanisme de défense mais une activité affective et relationnelle indispensable au développement de la personnalité et qui se trouve étudiée par ailleurs dans cet ouvrage. Comme toutes les autres activités psychiques, l'identification peut, bien sûr, être utilisée également à des fins défensives.

Il existe une *identification primaire* liée à l'incorporation orale. L'objet doit être dévoré sans distinction préalable entre tendresse et hostilité, ni entre Soi et non-Soi dans ce mouvement essentiellement prégénital qui vise à préciser l'identité narcissique de base du sujet.

Avec l'arrivée de l'Œdipe survient ensuite le mode *d'identification secondaire* destiné à affirmer l'identité sexuelle du sujet avec tous ses avatars possibles en psychopathologie. L'enfant, en renonçant d'abord à incorporer le parent aimé, puis en renonçant à l'idée d'un commerce sexuel avec lui va se consoler en absorbant les qualités représentées pour lui par cet objet. Ce mouvement peut aller jusqu'à une régression défensive avec toutes les perturbations dialectiques possibles (en particulier homoérotisme, inhibitions et perversions) mais cependant les identifications secondaires liées au parent du même sexe viennent normalement compléter et organiser génitalement les identifications primaires et faire le lit des relations ultérieures de type véritablement objectal et génital.

À partir de la psychologie collective, S. Freud a décrit un troisième type d'identification : le sujet identifie ici ses propres objets aux objets d'un autre sujet et principalement aux objets d'un groupe tout entier. Ceci se produit par imitation et contagion, en dehors de tout lien libidinal direct.

Quant à l'identification dite « hystérique », elle ne concerne qu'un des aspects communs à l'objet et au sujet.

IDENTIFICATION À L'AGRESSEUR

On devient celui dont on avait eu peur, du même coup on le supprime, ce qui rassure. Ce mécanisme décrit par S. Ferenczi et A. Freud peut aller de la simple inversion des rôles (jouer au docteur, au loup, au fantôme) à une véritable introjection de l'objet dangereux.

Il est certain que cette défense présuppose une toute-puissance magique chez l'autre et se trouve en rapport avec des distorsions des instances idéales préparant secondairement aux conduites masochistes et avec des instances interdictrices sévères appelées souvent « Surmoi sadique » bien qu'il ne s'agisse sûrement pas encore d'un véritable Surmoi génital et postœdipien.

IDENTIFICATION PROJECTIVE

C'est un mécanisme décrit par M. Klein à la phase schizoparanoïde comme un fantasme de projection de l'enfant à l'intérieur du corps maternel (le non-Soi) pour le maîtriser, le posséder et éventuellement le détruire en voulant contrôler les mauvais objets qui s'y trouvent déjà eux-mêmes projetés (pénis du père, excréments, autres enfants).

Le rôle de la réponse maternelle serait essentiel : si la capacité de rêverie de la mère lui permet d'accepter de tels fantasmes (et de montrer qu'elle les accepte), il en résultera secondairement un besoin naturel chez l'enfant de réparation et de tendresse. Si la mère au contraire interdit ces fantasmes, on assiste à une réintrojection chez l'enfant, d'un sein menaçant et d'un vagin cloacal et avide. L'affectivité de l'enfant, au lieu de gagner en expériences d'échanges positifs, ira en s'appauvrissant vers les phénomènes de claustrophobie (peur d'être enfermé dans la mère), de dépersonnalisation (peur de perdre l'objet maternel), ou même de morcellement (psychose), le Soi narcissique se trouvant sans cesse projeté et de façon fragmentaire dans le corps de la mère.

PROJECTION

Pour S. Freud il existe dans ce mécanisme trois temps consécutifs : tout d'abord la représentation gênante d'une pulsion *interne* est supprimée, puis ce contenu est déformé, enfin il fait retour dans le conscient sous la forme d'une représentation liée à l'objet *externe*.

La projection joue à tout moment dans la vie psychique, soit dans les phénomènes non pathologiques (superstition, mythologique, animisme), soit dans la cure « vous allez me dire que… » constitue la classique projection du patient, aussitôt suivie d'un mouvement de négation : « mais ce n'est pas vrai ». En

pathologie, la projection prend des aspects particuliers selon les différentes organisations : par exemple dans les phobies hystériques, la projection déplace le danger pulsionnel de l'intérieur (envie sexuelle) vers l'extérieur (danger des objets potentiellement sexuels) puis joue le déplacement (qui change subtilement la représentation de l'objet en le rendant non sexuel) et enfin l'évitement de cet objet; le cycle protecteur est ainsi achevé. Dans la paranoïa il se produit un mouvement régressif des pulsions sexuelles sur les pulsions sadiques et ce procédé brutal et appauvrissant suffit pour ne pas avoir recours au déplacement : le même objet demeure mais devient menaçant («il me persécute», «il veut me sodomiser»), les mouvements de haine à son encontre (inversion protectrice des mouvements d'amour) se trouvent donc justifiés devant les censures intérieures. Les hystérophobiques font ainsi une interprétation fausse mais limitée de la réalité dans la projection; les paranoïaques au contraire arrivent aux interprétations du réel les plus perturbées. De telles altérations sont pratiquement sans limites.

La projection signe pratiquement un échec du refoulement. En effet, grâce aux défenses plus élaborées, comme le refoulement principalement, le Moi se défend normalement contre les dangers intérieurs par des moyens utilisant directement l'inconscient de façon immédiate et automatique. Si ces procédés ne suffisent plus, il devient alors nécessaire de transformer par la projection le danger intérieur en danger extérieur contre lequel jouent les moyens de protection plus archaïques, plus élémentaires du Soi utilisant et dupant le conscient, tels la projection, le déplacement, l'évitement.

On distingue, en fait, une **projection primaire** qui n'a pas recours au refoulement; elle contribue à établir la distinction entre Soi et non-Soi en attribuant au monde extérieur les causes de sensations que nous ne voulons pas localiser en nous; c'est un processus normal, qui fortifie le Soi et précise le schéma corporel; et d'autre part, une *projection secondaire* qui nécessite des mouvements d'inhibition ou de refoulement; l'objet extérieur est alors inondé de la haine projetée (M. Klein) et devient persécuteur. Chez l'adulte, cela peut aller jusqu'au délire : par exemple, dans la jalousie, la représentation interdite du désir de tromper l'autre peut se manifester dans trois degrés d'affirmation d'être trompé par l'autre : la jalousie simple, la jalousie morbide, le délire de jalousie.

On a pu dire que la projection constituait une forme de retour de refoulé. Peut-être faudrait-il se montrer plus précis : si l'on constate que les formations de compromis, les symptômes, les actes manqués, etc. sont authentiquement des retours du refoulé *après refoulement normal*, il est nécessaire de distinguer dans la projection au contraire un retour de ce qui *aurait dû* être refoulé mais n'a pu l'être : c'est somme toute comme d'autres mécanismes moins élaborés que le refoulement (comme le déplacement, la condensation, le déni, le clivage des imagos, etc.), un échec «avant coup» du refoulement rendu difficile à utiliser (plutôt que fonctionnant incomplètement). On pourrait peut-être considérer de façon plus précise la projection et ces autres mécanismes archaïques comme une façon de traiter ce *non-refoulé*, qui, demeurant gênant, doit être éliminé par des procédés certes moins efficaces que le refoulement mais aussi moins coûteux en contre-investissement parce que plus «brutaux» et plus près des processus primaires.

INTROJECTION

C'est un mécanisme décrit par S. Ferenczi et répétant dans un but défensif et régressif chez l'adulte le mouvement alors élaboratif rencontré au cours du développement infantile, mouvement qui consistait à faire entrer dans l'appareil psychique une quantité de plus en plus grande du monde extérieur. Mais alors que chez l'enfant le Moi s'en trouvait enrichi, chez l'adulte il se crée ainsi toute une série de fantasmes intérieurs inconscients organisant une image mentale intime que le sujet va finir par traiter comme s'il s'agissait d'un objet réel extérieur.

L'introjection serait une défense contre l'insatisfaction causée par l'absence extérieure de l'objet ; l'introjection y porterait remède par une présence incorporée. C'est l'exemple du deuil est surtout celui de la mélancolie où les reproches que le sujet s'adresse sont ceux-là même qui en réalité n'ont pas le droit d'être adressés à l'être aimé.

Pour les auteurs kleiniens il existe un jeu d'interactions constantes entre les mouvements projectifs et introjectifs de même qu'entre les mondes objectaux interne et externe, ce qui contribue au maintien de bonnes relations objectales, vitales pour le sujet.

Il semble exister au niveau de l'introjection un certain nombre de confusions possibles : tout d'abord avec *l'incorporation* orale décrite par M. Klein essentiellement comme un fantasme lié des représentations primitives plus corporelles que psychiques et non comme un mécanisme psychique proprement dit. Ensuite, avec *l'identification* secondaire dont nous avons parlé plus haut (qui porte sur les qualités du sujet et non les reproches à son égard). D'autre part, quand on parle « d'introjection » de l'agressivité ou des « interdits parentaux » on devrait plutôt employer les termes de retournement contre soi ou bien d'internalisation.

L'internalisation (ou intériorisation pour Laplanche et Pontalis) concerne le mode de relation à autrui, par exemple rivalité œdipienne au père alors que l'introjection comporte l'établissement à l'intérieur de soi d'une image paternelle remplaçant le père manquant.

L'introversion décrite par C.J. Jung et reprise par S. Freud porte sur les phénomènes de retrait de la libido par rapport aux objets réels. Un tel retrait peut s'effectuer de deux façons : vers le Moi (narcissisme secondaire) ou vers les objets imaginaires internes, des fantasmes (introversion).

Pour Freud, la psychose est une « *névrose narcissique* », pour Jung c'est une « *névrose d'introversion* » ; la différence reste notable.

En réalité, le névrosé aime un être extérieur, objet œdipien déformé par les conflits ; le psychotique ne peut que chercher à tourner son amour sur lui-même mais sans succès ; quant à l'état limite, lui, il aime un être imaginaire, ressemblant à son Idéal du Soi et ressemblant en même temps à un être réel mais choisi parce que justement éloigné et inaccessible. Il semble que ce soit là le véritable domaine de la défense par introversion, c'est-à-dire un retrait non strictement autique mais constitué par des fantasmes intérieurs.

ANNULATION

S. Freud nous dit que c'est un processus actif qui consiste à défaire ce qu'on a fait. Il convient ainsi que des représentations gênantes évoquées dans des actes, des pensées ou des comportements du sujet sont considérés comme n'ayant pas existé. Pour cela le sujet met en jeu d'autres actes, pensées ou comportements destinés à effacer magiquement tout ce qui était lié aux représentations gênantes.

C'est ce qui se passe dans les actes expiatoires dans l'animisme, dans certains besoins de vérification et en général dans tout mécanisme obsessionnel : une attitude est annulée par une seconde attitude destinée à supprimer non seulement les conséquences de la première attitude mais cette attitude en soi du fait même qu'elle constitue un support pour la représentation interdite.

Tout ceci se passe au niveau de la toute-puissance magique de la pensée, comme chez le petit enfant, et entraîne secondairement un sentiment de toute-puissance du Soi et de l'action, car la pensée, dit S. Freud, peut être considérée comme une action opérée avec le minimum d'énergie (des images et des mots).

L'annulation constitue un mécanisme narcissiquement très régressif; elle doit jouer en effet quand les processus mentaux plus classiques à base de désinvestissement et de contre-investissement (portant le plus souvent sur des représentations objectales) ne suffisent plus; l'annulation porte sur la réalité elle-même puisque c'est la temporalité, élément important du réel, qui se trouve niée, altérée.

DÉNÉGATION

C'est aussi un mécanisme plus archaïque que le refoulement : le représentant pulsionnel gênant n'est pas refoulé, il apparaît donc dans le conscient mais le sujet s'en défend en refusant d'admettre qu'il puisse s'agir d'une pulsion qui le touche personnellement. Par exemple, dans une cure, le patient déclare : « Cette femme qui apparaît dans mon rêve, non ce n'est pas ma mère ». Une représentation peut donc ainsi devenir consciente à condition que son origine soit niée : « je n'ai pas pensé cela » vaut souvent plus qu'une affirmation car on voit ainsi apparaître à la fois la représentation et la défense.

A. Freud considère ce mécanisme comme un précurseur du refoulement. M. Klein lie dénégation et dédoublement du Moi dans la défense contre le mauvais objet. Mais pour M. Klein bon et mauvais objets sont tous deux extérieurs, alors que pour S. Freud il s'agit seulement d'introjecter ce qui est bon et de rejeter ce qui est mauvais; ce qui est dedans demeure subjectif, ce qui est dehors devient l'objectif. La dénégation agirait surtout au niveau des perceptions externes alors que le refoulement porterait sur l'ensemble des deux versants pulsionnels.

DÉNI

Il convient de bien différencier ce mécanisme et de l'annulation et de la dénégation : il s'agit en effet ici d'éliminer une représentation gênante non en effaçant (annulation) ou en refusant de la reconnaître comme nous concernant (dénégation), mais en niant ici la *réalité* même de la *perception* liée à cette représentation.

Dans son travail sur la « différence anatomique entre les sexes » S. Freud montre comment ce mécanisme joue automatiquement et brutalement chez le petit garçon dès qu'il se trouve pour la première fois apercevoir un sexe féminin : tout se passe comme s'il n'avait rien vu ; ainsi il n'est pas censé savoir qu'il existe des êtres au phallisme non évident, donc que la différence existe sur le plan d'abord du narcissisme élémentaire, engendrant un fantasme de risque de perte, de l'intégrité corporelle.

Il n'y a pas besoin de refoulement, le déni portant sur la réalité elle-même qui n'a jamais eu à devenir consciente donc prise en compte comme telle.

Dans l'évolution du jeune garçon on rencontre obligatoirement ce premier temps initial de déni : je n'ai pas vu que le manque (narcissique) pouvait exister. Au moment de l'Œdipe survient un second mouvement affectif parallèle mais différent : la crainte de la castration (génitale) par le père ; les défenses du Moi qui prédominent à ce moment dépendent du choix structurel : refoulement dans les névroses, régression pulsionnelle dans les états limites et nouveau déni de la réalité dans les psychoses alors que dans les perversions le déni initial archaïque semble demeurer intact.

Le déni est donc un mécanisme jouant essentiellement dans les psychoses (déni de toute réalité gênante sans spécificité) et dans les perversions : mais dans ces dernières organisations le déni ne porte que sur une partie très focalisée de la réalité : le sexe de la femme comme chez le tout jeune garçon ; le reste du champ perceptif du pervers demeure intact et il s'y ajoute un surinvestissement narcissique compensateur du phallus alors que chez le psychotique les altérations de la réalité par les dénis perceptifs peuvent porter sur n'importe quel domaine et que, si nécessaire, le délire vient surinvestir une néoréalité compensatrice.

À côté du déni il y a lieu de citer 3 mécanismes dont les descriptions ont connu des succès divers :

– *La forclusion* : de même que le déni concerne sélectivement le sexe de la femme. J. Lacan a décrit sous le nom de forclusion une forme de rejet de la représentation, sans refoulement qui concernerait en particulier « le nom du père ». Mais nous ne nous trouvons pas dans l'un et l'autre mécanisme au même niveau élaboratif : ici la démarche s'avère plus génitale et fantasmatique que narcissique et perceptive. Ce rejet hors du sujet serait lié également à l'impossibilité de symboliser et très voisin de certains processus psychotiques puisqu'une partie de la réalité se trouve ainsi désinvestie et rejetée vers l'extérieur. Mais la forclusion ne peut faire le lit des processus délirants que si le Moi est poussé à une désorganisation encore plus régressive, ce qui n'est

pas habituel. La forclusion semble au contraire s'associer davantage au dédoublement des imagos qu'au dédoublement du Moi.

– *Le renversement de la pulsion et le retournement contre soi* sont deux mécanismes décrits par S. Freud comme difficilement séparables. Le premier concerne *le but* de la pulsion ; par exemple le passage de l'amour à la haine, du voyeurisme (actif : voir) à l'exhibitionnisme (passif : être vu), du sadisme (torturer) au masochisme (être torturé). Le second mécanisme concerne *l'objet* de la pulsion : passer du sadisme au masochisme consiste à retourner le sadisme contre soi-même, passer du voyeurisme à l'exhibitionnisme c'est se dénuder soi-même au lieu de dénuder l'autre.

ISOLATION

Dès 1894, S. Freud décrivait ce mécanisme consistant à séparer la représentation gênante de son affect. En 1926, il précise le sort de cette représentation qui peut demeurer dans le conscient du fait même qu'elle s'y trouve privée de toute connexion associative.

Isoler c'est aussi, sur le plan moteur, écarter la possibilité de toucher ; c'est éviter tout contact (tabou du toucher). L'isolation empêche la relation angoissante entre l'objet et les pensées.

L'isolation fait partie du lot des processus mis en œuvre quand le refoulement ne suffit plus : par exemple, dans une névrose obsessionnelle une patiente s'éprend d'un jeune homme revêtu d'une chemise blanche le jour de leur première rencontre. À la suite d'une interdiction violente dans la situation parentale œdipienne, la patiente refoule mais c'est un échec et on voit se développer alors toute une série de mécanismes obsessionnels, dont une isolation typique : le tabou de voir et de toucher « le blanc », ce qui constitue un « symptôme-compromis » puisque le sujet peut ainsi récupérer la représentation aimée et s'en protéger à la fois sous la forme du blanc isolé de toute apparence sexuelle.

L'isolation constitue également une forme de résistance fréquente dans la cure analytique par interruption défensive du processus associatif dès qu'il met en évidence des éléments angoissants.

DÉPLACEMENT

Il s'agit encore d'un mécanisme de défense très primitif et très simple lié aux processus primaires : la représentation gênante d'une pulsion interdite est séparée de son affect et celui-ci est reporté sur une autre représentation, moins gênante, mais liée à la première par un élément associatif.

L'exemple du « petit Hans » demeure classique : la haine (pulsion interdite) du père (représentation) est désagréable et déclenche la peur du père (affects). Par le déplacement l'affect désagréable va quitter la représentation-père pour

se fixer sur la représentation-cheval ; liaison associative : tous deux ont un gros « fait-pipi ».

Le déplacement joue habituellement dans les phobies (les vraies, c'est-à-dire les hystérophobies seulement) devant l'échec du refoulement. Il en est de même dans les rêves : la censure jouant de façon étroite dans le refoulement diurne devient beaucoup plus permissive au cours du sommeil et le déplacement vient parer à cette insuffisance en aidant à l'élaboration du rêve pour protéger le repos du sujet.

L'isolation chez les obsessionnels et le déplacement chez les phobiques vrais se trouvent complétés par un mécanisme également élémentaire : *l'évitement* destiné à épargner au sujet de rencontrer même la représentation isolée ou déplacée. C'est le cas du « blanc » dans l'exemple précédent ou du cheval chez le petit Hans.

CONDENSATION

C'est le dernier de ces mécanismes primitifs courants que nous citerons. Liés aux processus primaires demandant peu d'énergie de contre-investissement mais très imparfaits, ces processus s'appuient en général les uns sur les autres et jouent davantage *à la place* du refoulement, quand le manque d'élaboration psychique ou la régression rendent ce mécanisme plus noble peu efficace, beaucoup plus qu'*après échec* du refoulement (retour du refoulé) donnant lieu à desformations de compromis ou de symptômes, etc.

La condensation a été mise en évidence par S. Freud à propos du rêve : une même représentation se trouve habilement déplacée de façon à remplacer à la fois plusieurs autres représentations plus gênantes. Or ce processus se trouve assez simple en réalité et correspond tout à fait à des démarches mentales primaires : la représentation condensée n'est que le résultat automatique de la rencontre de plusieurs lignées d'associations d'idées en cours de déplacement. La représentation unique sur laquelle ces divers mouvements de déplacements successifs se recoupent constitue la représentation « condensée ». Par exemple un patient (philosophe imprégné de lectures analytiques) dit à son analyste : « J'ai vu hier à la télévision le cas de Anna von Ritter ». Il y a condensation évidente c'est-à-dire rencontre de la chaîne d'associations sur Anna O. (mal soignée par Breuer) avec la chaîne d'associations sur Elisabeth von Ritter (guérie par Freud) avec enfin la chaîne liée à l'ambivalence du patient à l'égard de son thérapeute, la plus gênante à représenter.

Un tel mécanisme a également été mis en évidence par S. Freud dans les actes manqués, les plaisanteries, les jeux de mots, etc.

DÉDOUBLEMENT DU MOI

La confusion est fréquente entre morcellement du Moi, dédoublement du Moi et dédoublement des imagos. Les termes de « *Spaltung* » (Bleuer), « *dédouble-*

ment de la personnalité » (Janet), « *Splitting* » (M. Klein) ont été employés dans des sens bien différents. Le *morcellement du Moi*, par éclatement véritable, n'est plus un mécanisme de défense mais déjà un processus de décompensation psychotique achevé. Par contre le *dédoublement du Moi* demeure un mécanisme de défense (de mode psychotique) contre l'angoisse de morcellement et de mort ; le *dédoublement des imagos*, quant à lui, constitue un mécanisme de défense habituel chez les états-limites pour lutter contre l'angoisse de perte d'objet et le risque d'arriver ainsi au mode psychotique de défense par dédoublement du Moi.

Le morcellement du Moi correspond à la non-intégration primitive du Moi et à la régression à ce niveau. C'est un état de non-unification du Moi qui demeure franchement fragmenté dans les grandes psychoses déficitaires autistiques de l'enfant. Mais le Moi peut aussi se trouver morcelé de façon plus ou moins inapparente (parce que tant bien que mal recollé, mais à tout moment réellement et visiblement morcelable) dans ce qu'on considère comme les états « prépsychotiques » variés en particulier chez l'enfant et l'adolescent (structures psychotiques authentiques mais non décompensées) ; on peut considérer que le premier temps de la décompensation de tels états, celui où le Moi lutte encore avec efficacité contre le morcellement effectif, c'est le temps du dédoublement du Moi.

Il existe enfin des états où le Moi ne s'est jamais trouvé morcelé (de façon ni évidente ni latente), et qui correspondent à une intégration primitive non pas absente mais seulement incomplète du Soi : le narcissisme primaire a pu jouer de façon suffisante pour éviter le morcellement mais pas assez totale pour obtenir un Soi assez complet, assez intégré, assez « entier ». Il reste une vacuole non remplie par le narcissisme dans ce Soi, une blessure, un manque narcissique initial qui fait flotter ces états en deçà du morcellement psychotique mais sans pouvoir arriver toutefois à une structuration névrotique (où le Moi lui-même se trouve soumis à toutes sortes de distorsions sous la pression du Surmoi mais demeure complet). De telles dysharmonies évolutives se défendent contre le risque de régression vers la voie psychotique principalement par le dédoublement des imagos comme nous le verrons plus loin.

Le dédoublement du Moi correspond aux reliquats d'une étape où les relations primitives à la mère s'avéraient insuffisantes pour faire échapper le Soi de l'enfant à son organisation primitive fragile, organisation dans laquelle ce Soi se montrait aussi difficile à se constituer de façon autonome que facile à dissocier du Soi de la mère.

Le refoulement (mécanisme névrotique) évite l'angoisse de castration en créant une séparation entre conscient et inconscient ; le Moi demeure déformé et parfois affaibli mais intact dans son intégrité. Le dédoublement des imagos (états limites) lutte contre l'angoisse de perte d'objeten mettant à part les représentations gênantes et en entretenant ainsi à l'intérieur du Moi une vacuole de vide affectif, répétitive de la vacuole du manque narcissique primitif constaté antérieurement au registre du Soi.

Le dédoublement du Moi (mécanisme essentiellement psychotique) opère une amputation plus sérieuse : une partie du Moi va demeurer en contact opératoire avec la réalité non gênante pendant qu'une autre partie de ce même Moi

va perdre tout contact avec cette réalité dans ce qu'elle présente d'angoissant pour lui, cherche à dénier tous les aspects trop angoissants et, au besoin, reconstitue (délire) en compensation une néoréalité plus rassurante et plus désirée à la fois.

Le dédoublement du Moi demeure donc le dernier rempart contre le grand éclatement psychotique, la perte des limites du Moi (selon Federn). C'est un processus qui utilise le déni et parfois le délire.

Ce qui distingue le dédoublement *a minima* du Moi dans les perversions, phénomène bien décrit par Freud (voir déni) du classique dédoublement psychotique, c'est que dans le premier cas il s'agit d'un déni de réalité ne portant *que* sur le sexe de la femme (déni de castration narcissique avec phallus substitutif surinvesti) alors que dans le deuxième cas (psychose) le déni peut porter sur n'importe quel aspect (génital ou non) du réel de même que les déplacements compensatoires d'investissement des contenus pulsionnels.

DÉDOUBLEMENT DES IMAGOS

Comme il a été exposé au paragraphe précédent, c'est le mécanisme typique des états-limites, aménagements (et non structure vraie) intermédiaires entre les structures névrotiques (où joue essentiellement le refoulement aidé de ses mécanismes auxiliaires) et les structures psychotiques dans lesquelles se retrouve le dédoublement du Moi quand les autres mécanismes, moins coûteux sur le plan régressif, refoulement d'abord, puis tous les mécanismes plus archaïques ensuite, se sont révélés inefficaces.

Sous des appellations diverses (clivage de l'objet, clivage de la réalité, etc.) le dédoublement des imagos a été mis en évidence par l'école kleinienne principalement à propos de l'objet partiel de la phase schizoparanoïde et à propos de l'objet total de la phase dépressive.

C'est sous ce dernier aspect qu'il paraît le plus intéressant à étudier chez l'adulte : l'état limite pour lutter contre la dépression par perte d'objet n'opère ni un refoulement (trop élaboré génitalement) ni un dédoublement de son Moi (trop coûteux économiquement). Comme l'a montré S. Freud en 1924, pour ne pas avoir à se dédoubler, justement le Moi *se déforme*. Il va fonctionner en distinguant deux secteurs dans le monde extérieur : un secteur adaptatif avec lequel le Moi joue librement et un secteur anaclitique avec lequel le Moi se limite à des relations organisées selon la dialectique dépendance-maîtrise. Sans avoir à opérer de déni de la réalité dans ce dernier secteur, le Moi va distinguer à propos du même objet tantôt une imago positive et rassurante tantôt une image négative et terrifiante sans possibilité de concilier à la fois les deux imagos contradictoires.

Nous sommes très près de la conception kleinienne du « bon » et du « mauvais » objet et O. Kernberg pense qu'on arrive ainsi à une situation tripartite où une partie du Moi demeure organisée autour des *introjections positives* pendant qu'une autre partie du Moi, tournée vers l'extérieur, consi-

dère d'une part comme réalité extérieure les aspects positifs de cette réalité bien investis par la libido et d'autre part rejette, dès que perçus comme tels, les objets externes frustrants et menaçants.

Ce dernier processus constituerait le véritable dédoublement des imagos. Un tel clivage utiliserait donc davantage la forclusion que le déni comme mécanisme auxiliaire à son profit.

SUBLIMATION

On peut tout aussi bien ranger ce processus mental dans les mécanismes de défense et le reconnaître alors comme le seul mécanisme de défense réellement « réussi » puisqu'il ne nécessite aucun contre-investissement pour être maintenu ou bien considérer au contraire la sublimation, du fait même qu'elle n'exige plus de contre-investissement, comme ne pouvant s'inscrire parmi les véritables mécanismes de défense. Le débat ne sera clos ni ici ni demain, mais, quoi qu'il en soit, la sublimation mérite une place à part dans notre étude.

Ce mécanisme, décrit par S. Freud à propos du cas « Dora », ne touche pas seulement la représentation mais le but pulsionnel : le but interdit est abandonné au profit d'un nouveau but, autorisé par le Surmoi et valorisé par l'Idéal de Soi. S. Freud pense que les pulsions agressives peuvent se trouver sublimées tout comme les pulsions sexuelles.

La sublimation nécessite la formation du Surmoi, donc le primat du génital dans l'organisation du Moi et l'intégration des pulsions partielles sous ce primat. Elle suppose l'association d'un Moi fort, maître de l'organisation de l'économie psychique, un Soi et un Ça assez satisfaits par ailleurs et non tyranniques, un Surmoi lui-même satisfait aussi (et non trahi) et enfin un Idéal de Soi bien intégré.

Comme dans le cas des perversions, la sublimation ne nécessite aucun refoulement ; mais dans les perversions le but sexuel demeure, alors qu'il disparaît du champ conscient dans la sublimation.

L'énergie pulsionnelle apparaît comme neutralisée. S. Freud pense qu'il s'agit cependant toujours d'une libido « sexuelle » et objectale alors que H. Hartmann estime qu'il ne faut plus parler de libido mais d'énergie *neutralisée* ce qui conduit à son concept de « *Moi autonome* ».

La notion de sublimation entraîne souvent des confusions : par exemple dans l'art ce qui est sublimé n'est pas l'œuvre d'art réalisée mais l'activité artistique en elle-même ; peu importe la valeur reconnue au résultat. F. Pasche estime que l'artiste suscite chez les autres un plaisir sublimé par des images offertes en nombre illimité alors que le pervers se donne pour lui seul (ou pour ses seuls semblables) des images du réel toutes du même type. C'est bien ce qui distingue l'expression pornographique (statique et assez précise) de l'érotisme artistique (suscitant chez l'autre les représentations les plus libres et les plus variées). La perversion rétrécit le champ des processus mentaux, la sublimation les élargit, de même qu'elle enrichit le Moi.

La sublimation constitue donc un processus *normal*, et non pathologique, à condition, bien sûr, qu'elle ne supprime pas, à elle seule, toute activité sexuelle ou violente proprement dite.

Et à ce sujet encore faut-il bien s'entendre sur ce que renferme le concept de sublimation : la sublimation n'est ni la *formation réactionnelle* (nécessitant un contre-investissement où le Ça est brimé), ni une *formation substitutive* (satisfaction de remplacement), ni une *formation de compromis* (le conscient demeurant seulement méconnaissable), ni une *symbolisation* (expression symbolique du retour du refoulé), ni une *intellectualisation* (formulation abstraite), ni une *rationalisation* (justification des affects), ni un *déplacement* (changement de représentant pulsionnel), ni un *évitement* (fuite du représentant pulsionnel), ni surtout une *inhibition quant au but* avec laquelle on la confond souvent et dans laquelle le but réel se trouve inhibé mais conservé, ni non plus, autre confusion fréquente, une *idéalisation* qui concerne l'objet et non le but de la pulsion et se rapporte non à la libido objectale et au Surmoi mais à la libido narcissique et à l'Idéal de Soi.

Ainsi limitée, la définition de la sublimation se résume à des buts pulsionnels nouveaux et à l'intégration du Surmoi.

EN CONCLUSION

Pour procéder à une rapide revue des principaux mécanismes de défense sans se limiter à une simple énumération de processus épars, on peut considérer de façon économique et génétique qu'il existe à la fois une constante articulation de nombreuses défenses entre elles et à la fois aussi une hiérarchisation à différents degrés des principales défenses : le refoulement constitue incontestablement la défense principale d'une part parce que c'est la plus élaborée génitalement, d'autre part parce qu'elle revêt dans l'économie des différentes organisations une place quantitative primordiale, même dans les états non-névrotiques.

Le refoulement possède un réseau de défenses accessoires et satellites comme l'isolement, le déplacement, la condensation, l'évitement.

Un autre groupe de mécanismes de défense correspond à des mesures plus radicales, plus archaïques que le refoulement et sort nettement de l'orbite névrotique et essentiellement génitale ; ce sont principalement le dédoublement du Moi et le dédoublement des imagos avec leurs satellites d'annulation, de dénégation, de déni, de forclusion, d'identification projective, d'identification à l'agresseur.

La projection et l'introjection conservent une place à part en raison de leur relation avec la dialectique identificatoire du Moi et du non-Moi.

Enfin la sublimation ne peut être classée que de façon isolée étant donné ses caractères tout à fait particuliers.

Tout ceci nous montre l'aspect vivant, la richesse et la variété des défenses possibles chez un même sujet. Ce sujet ne pourra en définitive être considéré comme « malade » en raison de la seule présence de tel ou tel mécanisme à réputation sévère si d'autres mécanismes jouent plus librement à côté. La pathologie demeure essentiellement le fait du manque de diversité, de

souplesse, de subtilité et d'efficacité des différents mécanismes habituels de défense d'un individu.

Le sujet « normal » est celui qui possède de « bonnes » défenses, c'est-à-dire assez diversifiées et assez souples pour permettre un jeu pulsionnel suffisant n'opprimant pas le Ça et tenant compte de la réalité sans inquiéter le Surmoi, tout en permettant au Moi de s'enrichir constamment dans une relation aux autres suffisamment mature pour autoriser les échanges et les satisfactions à un niveau d'élaboration authentiquement génital. C'est-à-dire en considérant l'autre comme un autre « sujet » différent de nature, égal en capacités diverses et complémentaire dans l'échange.

Bien sûr cet être « normal » ne peut être idéalisé sans failles : tout mouvement régressif, obligatoire et bien banal dans ce qui reste « humain », doit automatiquement être corrigé par une mise en action momentanée plus précise de telle ou telle défense, si possible pas trop coûteuse mais assez efficace pour revenir au plus tôt à l'état d'équilibre et de réalisme décrit plus haut. Cet état d'équilibre ne saurait être considéré comme statique de façon utopique ou inquiétante mais correspondre à un axe moyen autour duquel le Moi normal ne peut cesser d'osciller pour s'enrichir. Il s'agit d'aller au-devant, du même coup aussi, de nombre d'incidents plus ou moins sérieux de parcours qui demeurent les risques de tout destin.

5 ENTRETIEN AVEC LE PATIENT EN PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE

J. BERGERET et P. DUBOR

Il ne s'agit pas pour nous de traiter ici des examens particuliers propres aux psychologues (tels les tests projectifs ou de niveau, etc.), mais de demeurer, une fois les examens strictement médicaux terminés, ou simplement *à coté* d'eux, très près de l'entretien de type *psychologique.*

Les « observations » classiques peuvent se situer à divers niveaux depuis l'observation de type « botanique » par exemple qui considère son objet du dehors jusqu'à l'observation de type psychanalytique (où se trouve intégrée la dimension historique de l'objet vu, grâce au transfert, par l'intérieur, en sujet) en passant par l'observation phénoménologique du patient considéré « en situation ».

L'entretien psychologique demeure commun au psychiatre et au psychologue clinicien, soit avant un examen médical pour préparer celui-ci, soit après un examen médical pour le compléter, soit sans examen strictement médical dans certains cadres institutionnels non médicaux (problèmes scolaires, orientation, etc.) où des difficultés pathologiques peuvent cependant être détectées, ce qui nous ramène au premier cas.

L'entretien psychologique, nous ne le répéterons jamais assez, ne doit surtout pas être considéré dans sa conduite, dans sa forme comme dans son but comme un examen médical ; mais il ne peut constituer non plus pour le médecin une façon très tentante de s'esquiver et d'aliéner une partie de ses responsabilités ; il lui est possible de les partager afin de les assumer sur la base d'un éventail plus large, non de s'en dessaisir.

Dans le cadre de l'entretien psychologique nous ne sommes intéressés ni par le symptôme en soi ni par les expressions somatiques seulement. Le patient ne se limite pas à un rôle d'objet passif, comme dans un banal interrogatoire ou un examen technique ; il se place d'emblée en *sujet actif* organisateur réel de son propre *mode de communication* avec le psychologue, ce dernier étant vécu comme « receveur » et comme « témoin » C'est une position nettement intersubjective.

Le psychologue doit se garder d'interpréter d'emblée (surtout en termes « d'Œdipe » alors que le plus souvent il s'agit de « pseudo-Œdipe » défensif) les propos du patient avant de connaître *l'ensemble* du discours. Il convient de ne rien imaginer *à sa place* ou *à l'avance.*

PREMIÈRE PARTIE DE L'ENTRETIEN

Ce n'est pas un interrogatoire mais une *écoute*. Le sujet doit être placé, le plus possible, à l'aise. Les conditions matérielles (temps, lieu, distance, argent) ou affectives (disponibilité, authenticité, empathie) revêtent une importance extrême. La durée peut aller de quelques minutes (quitte à répéter les entretiens quand l'angoisse est trop marquée et semble insurmontable) à une heure mais il ne convient jamais de dépasser cette limite. Le paiement (direct ou indirect) ou la gratuité de l'acte présentent tous deux des avantages comme des inconvénients qu'il ne faut pas méconnaître.

Le patient doit disposer de la liberté d'organiser spontanément son mode d'expression relationnelle (fusionnelle, anaclitique, triangulaire), son type d'angoisse (de morcellement, de perte d'objetou de castration) qu'il ne faut pas confondre, et doit pouvoir mettre en avant ses principales défenses habituelles pouvant aller du refoulement (principal mode du névrosé) au dédoublement du Moi (chez le psychotique) en passant par le dédoublement des imagos ou le déni (de quoi?) ou la projection (dans les états intermédiaires) et aussi des mécanismes satellites du refoulement comme le déplacement, la dénégation, etc.

Du symptôme, il vaut mieux ne pas parler soi-même tout en autorisant, bien sûr, le patient à nous en entretenir quand il veut et comme il veut. La « chasse aux renseignements » est un style à redouter.

Par contre on ne saurait oublier l'importance pour le psychologue de bien remarquer le mode d'expression verbale, le niveau d'évolution affective, le degré d'adaptation aux réalités, la densité du discours, la souplesse ou la rigidité de l'attitude, le climat plus ou moins érotisé du dialogue, la mimique.

La façon dont ces remarques sont recueillies et vécues par le psychologue lui-même nécessite de sa part un réexamen personnel et intérieur dans un deuxième temps comportant un recul nécessaire à l'écoute de ses propres sentiments en face de l'autre, c'est-à-dire son propre contre-tranfert.

On notera, dans les mêmes conditions, le débit verbal du patient, le ton, les prises de distances dans le discours (silences, repos, rejets, coups d'arrêt des échanges), le besoin d'isoler l'interlocuteur, de le maîtriser, de le neutraliser (certains parlent sans cesse pour fuir le dialogue), la façon de négocier l'angoisse ou l'agressivité, les possibilités d'identifications, les inhibitions (intellectuelles ou affectives), les facultés défensives ou adaptatives dans une situation nouvelle et imprévue, les facilités d'évocation et d'élaboration des souvenirs, le mode de fonctionnement mental (fantasmes, rêves, comportements, réticences et projections), les conflits et les défenses mises en œuvre à leur encontre.

On recherchera comment s'établit le mode de cloisonnement entre conscient, inconscient et représentations fantasmatiques ; on resituera le symptôme au niveau mental, ou bien au niveau du comportement, ou encore au niveau du somatique.

On distinguera « l'agir » de décharge (destiné à éviter le temps du désir et ses représentations) de « l'agir » en tant que prélude à l'élaboration verbale.

DEUXIÈME PARTIE DE L'ENTRETIEN

Cette deuxième partie concerne ce qui n'a pas été dit spontanément et qu'il nous faut savoir cependant, sans toutefois soumettre le patient « à la question » par une technique plus ou moins inspirée du classique « interrogatoire » toujours ressenti comme accusateur et policier, ce qui ne peut aider même un masochiste.

Nous tenons à bien préciser que « l'entretien », objet de cet article, concerne en réalité l'ensemble de l'investigation psychologique par un dialogue direct au sens très large du terme, et non pas obligatoirement une *seule* séance de face à face (si possible sans intermédiaire ni personne, ni table, ni encore moins de « bureau »). Il est parfois souhaitable et même indispensable (surtout en ce qui concerne cette deuxième partie) de multiplier les séances de dialogue, sans que cela prenne non plus une allure de psychothérapie (en centrant à cette fin les zones d'intérêt sur des points précis et non sur un hasardeux « racontez-moi votre vie »).

Il y a lieu parfois de relancer certains sujets puis de laisser le patient parler seul si possible. Des grognements ou une mimique d'interrogation font souvent fort bien l'affaire.

Il s'agit de combler les principales lacunes du discours (autant que faire se peut — sans zèle ni désir de perfection, ce qui s'avérerait inquiétant et rapidement inutile) en essayant de remarquer d'abord sur quoi portent les « trous » de la première partie.

Au premier entretien ou au cours de ceux qui suivront, cela n'a pas d'importance, il nous faut connaître un certain nombre de points :

❒ Antécédents personnels du sujet

Où il est né? De parents originaires de quelle région? Où il a vécu successivement? Comment s'est déroulée son enfance? Puis son adolescence? Ses études? Leurs difficultés? Son éventuel service militaire ou civil? Bien entendu, comme allant de soi, il doit nous exposer son âge, sa profession, ses difficultés ou ses désirs.

❒ Parents

Il nous faut recueillir de la façon la plus spontanée des renseignements sur le père et la mère : vivants ou non? Présents ou absents au foyer? Leur profession? Leur âge? Leur santé? Leur caractère? Comment ils s'entendaient? Qui imposait sa volonté à l'autre? Le mode de relations anciennes et actuelles du sujet avec les deux parents? À qui il pense davantage ressembler?

❒ Fratrie

Combien de frères et sœurs? Vivants? Décédés? (de quoi? à quel âge?) la place du sujet dans cette fratrie? Leur sexe, âge, profession, santé? Mariés ou non? À qui? Leur mariage est-il heureux? Ont-ils des enfants? Les relations anciennes et actuelles du sujet avec ses frères et sœurs?

❒ Conjoint éventuel

Âge? Profession? Santé? Caractère? Date de mariage? Durée et conditions des fiançailles? (les « agis » qui y furent liés : « coup de foudre », mariages précipités, drames familiaux ou incidents insolites, etc.). Comment ils se sont connus? Comment était l'entente au début du mariage? Par la suite? Qui a décidé le mariage? L'un des conjoints seul? Les parents? Une autre personne? L'enfant à venir? Comment a été fait ce choix? Répète-t-il une relation avec un parent? Est-ce réellement pour s'aimer ou plus subtilement pour s'opposer, dominer l'autre? (conjoint faible, malade, sans avenir…).

Quels furent les avatars de la situation du couple? Physiques, sociaux ou sentimentaux? Les éventuelles liaisons extraconjugales de l'un ou de l'autre côté? Comment furent-elles vécues par chacun des conjoints?

❒ Enfants

Leur nombre? Leur âge? Leur sexe? Leur santé? Leurs études ou professions? S'ils ont été désirés ou non? Les problèmes relationnels avec eux et entre eux? Comment s'en occupe-t-on? (Les laisser faire? Tout leur imposer? Ne rien leur imposer?).

❒ Santé actuelle du patient

Son poids par rapport à sa taille? Son allure générale. Nos remarques morphologiques doivent être prises en considération, de même que nos réactions de sympathie ou de mise à distance de l'interlocuteur. Il nous faut connaître également les maladies antérieures, les éventuels accidents ou les interventions chirurgicales pratiquées. Puis on doit nous exposer l'état actuel, les éventuels troubles « digestifs », du « sommeil », des « règles », de « l'appétit », le comportement devant le tabac, l'alcool, le café, etc., tout cela de la façon la plus banale et la plus spontanée qui soit. Cette partie de l'entretien ne doit trancher en rien sur le reste du dialogue :

❒ Prégénitalité

Oralité (appétit alimentaire et affectif, besoins, avidité, résistance aux frustrations) et analité (digestion physique et « morale », propreté, méticulosité, ténacité, argent, mode de transit digestif et d'expression affective).

❒ Génitalité

C'est d'une façon toute naturelle, comme allant de soi, que doivent être abordés les problèmes de la masturbation (obsédante, absente, banale, avec quels fantasmes?) des attirances sexuelles successives (masculines, féminines ou inversement selon le cas), des relations sexuelles (à quel âge la première? quel en fut le vécu? et depuis comment les choses se passent-elles?), des éventuelles liaisons (pour quelles raisons précises? à la place d'un manque pour fuir la solitude ou pour fuir au contraire le contact à deux seulement).

La difficulté pour le psychologue réside souvent dans le choix, devant un excès de « discrétion » du patient entre la question à poser tout de suite ou

l'attente d'un entretien ultérieur. S'il n'est nullement conseillé d'inquiéter en posant des questions précises, il serait encore plus fâcheux de pouvoir être ressenti comme inquiet et gêné de poser ces mêmes questions. L'important semble résider dans la simplicité et la « santé » du style employé dans l'écoute du sujet. Ni excès de pudeur, ni excès de « naturisme ». Il existe autant de façons maladroites d'être trop discret que trop curieux…

❒ Onirisme

Il doit être rapidement abordé. Sans vouloir (ni pouvoir) interpréter les rêves, il nous faut cependant savoir où en est le patient sur le plan du sommeil et de l'élaboration onirique. Se souvient-il de rêves? Quel type de rêve, surtout, revient-il le plus souvent au cours des nuits? Autrefois? Actuellement?

❒ Rapports sociaux

Ils doivent ensuite être examinés avec soin et précision : problème de la profession (Avenir? Satisfait? Aurait voulu? Souhaiterait?) Rapports avec les supérieurs? Les collègues? Les subalternes? Le patient a-t-il des amis? (des « vrais » ou de simples « camarades »? Peu ou beaucoup? Autrefois? Actuellement?). Quels sont ses loisirs? (Dimanches? Vacances?) Ses violons d'Ingres? (Sports? Arts?) Et une question importante, à poser adroitement et à enregistrer avec tact et précision : préfère-t-il vivre *seul* ou en *groupe ?*

Il y a lieu de toujours terminer l'entretien en demandant au sujet trois choses : ce qu'il aimerait dire de plus? Ce qu'il attend de cet entretien? Ce qui, *à son avis à lui,* ne va pas *en lui ?*

RÉFLEXIONS

Ce qui s'est déroulé au cours de l'entretien n'est ni un « accident » ni une « épreuve » ni une « mise en cause », C'est une *tranche de vie.* C'est une expérience relationnelle typique et répétitive du patient quant à ses conflits, ses échecs, ses désirs et ses manques, ses adaptations ou ses défenses moins heureuses.

Peu à peu, pendant que se déroule cet entretien (ou *ces* quelques entretiens successifs) le sujet ne va plus pouvoir jouer avec la situation de manière à masquer son personnage profond. Si toutes les précautions requises sont respectées par le psychologue, le sujet va se trouver progressivement et automatiquement amené à *vivre* ici son mode de relation avec ses angoisses et ses frustrations, ses colères et ses revendications. La structure profonde ne peut faire autrement que de se mettre lentement en évidence devant celui qui sait attendre, écouter, ne rien imposer, tout accepter sans réaction sélective.

Le psychologue ne devra manifester ni angoisse ni agacement, il devra réinventer, spontanément et avec chacun, un style naturel et détendu, reflet non pas d'un jeu superficiel, aussi astucieux soit-il, mais d'une *sérénité affective* réelle et profonde en lui, ce que détecte parfaitement et très vite tout interlocuteur.

Mais ne soyons pas trop ambitieux ni surtout trop pressés ou trop « pressants »; même en voulant éviter soigneusement la trop fréquente

« tauromachie » des entretiens menés par des enquêteurs trop zélés, même en acceptant de ne pas arriver trop vite à un « but » (comme s'il s'agissait d'une « mise à mort »), l'écoute demeure forcément incomplète, fragmentaire, à poursuivre et à compléter avec le temps. Il convient de savoir s'arrêter après trente à cinquante minutes (le plus souvent) selon les sujets, avant que le patient n'ait eu l'impression fâcheuse d'être vidé, « vampirisé » par un inquisiteur sadique.

Le problème des silences est rarement évoqué par les auteurs ; pourtant il faut savoir les supporter sans impatience mais sans excès de complaisance non plus. Le patient a parfaitement le droit de se taire mais la réalité de l'entretien implique qu'il est là pour parler. « *L'écoute du silence* » ne doit déclencher chez le psychologue ni colère ni complicité.

À ce propos nous ne saurions trop insister sur les dangers d'afficher une quelconque « *bonté* » à l'égard du patient. Cette forme souvent raffinée de mépris est tout aussi douloureusement ressentie par le sujet qu'un raptus hostile et la réaction de protestation du patient se trouve le plus souvent fort justifiée.

Il y a lieu d'éviter rigoureusement de répondre aux provocations soit sadiques soit masochiques du sujet, d'écarter la tentation de le dominer (ne serait-ce qu'en voulant « tout savoir » sur lui).

Il faut connaître un autre piège bien classique en se rendant compte que toutes les fois qu'un patient met en avant des éléments génitaux et œdipiens trop spectaculaires, c'est pour masquer l'importance primordiale de ses conflits prégénitaux bien cachés et que toutes les fois qu'un patient met en avant des éléments prégénitaux (oraux et anaux) trop manifestes, c'est pour masquer l'importance de ses conflits œdipiens et génitaux sous-jacents. Ce subterfuge est tout à fait courant mais des analystes chevronnés eux-mêmes ne manquent pas d'y tomber, surtout ceux qui s'occupent d'enfants ou de grands immatures.

Il est obligatoire pour tout « psychiste » de prendre garde (et malgré tout de succomber parfois) aux provocations du sujet sur le plan des émois agressifs, amoureux ou homosexuels de la part du patient. Bien sûr les cas « d'agis » à ce niveau demeurent tout aussi exceptionnels que célèbres, mais des vécus fâcheux peuvent s'établir sans aucun agi et la bonne conscience ne doit pas être sauve pour autant. Un vécu agressif ou amoureux inconscient de la part du psychiste peut bloquer ou conflictualiser de façon durable ou même définitive une situation.

« **La fin de l'entretien** » constitue une expression fort mal adaptée au mode de séparation entre les deux interlocuteurs : un entretien psychologique ne peut en vérité avoir de « fin » ; même si le psychologue ne doit jamais revoir le sujet par la suite, l'entretien ne peut que rester *ouvert.* Son but est de poser au patient des problèmes plus authentiques et plus profonds que ceux pour lesquels il était venu à nous. Le patient doit comprendre qu'il n'y a aucun intérêt à faire semblant de résoudre sur-le-champ et *à sa place* les difficultés, réelles mais superficielles, qu'il ressent et qu'il met en avant.

L'entretien psychologique ne peut constituer une psychothérapie en profondeur. S'il revêt parfois l'aspect d'une psychothérapie d'urgence et de soutien

narcissique, ce n'est là qu'un effet secondaire et sans suites durables. L'entretien psychologique se situe le plus souvent comme *prélude,* autant chez le patient que dans l'équipe thérapeutique, à une réflexion et à des décisions touchant au choix des solutions de traitement et, bien sûr, d'une éventuelle psychothérapie comme aux modifications à apporter, le cas échéant, aux habitudes du patient (changement de profession, de mode de vie ou même hospitalisation).

*

* *

Quant à la question des ***notes*** résumant et matérialisant (tant bien que mal) l'entretien, leur volume et leur mode de rédaction dépend essentiellement et de la personnalité du psychologue et du genre de cas présenté par le sujet. Il est toutefois utile de savoir que prendre le minimum de notes devant le patient et le maximum après son départ constitue la pratique la plus sage autant pour éviter trop d'angoisse au malade que pour assurer une meilleure synthèse de son problème du côté du psychologue.

6 HOMOSEXUALITÉ OU HOMOÉROTISME ?

J. BERGERET, M. HOUSER

Le psychologue n'est ni un biologiste, ni un sociologue, ni un juriste et surtout pas un moralisateur.

Il n'appartient pas au psychologue de juger de l'opportunité ou non du choix de partenariat affectif que l'opinion publique dénomme « homosexualité », appellation à laquelle les intéressés, eux, tiennent à demeurer fixés.

Le psychologue n'a pas à se montrer soit tolérant, soit réprobateur à l'égard de tel ou tel choix relationnel humain. Sa problématique et son abord épistémologique lui imposent une rigueur dans l'observation des divers fonctionnements mentaux en jeu, cela sans aucun préjugé psychopathologique. Sa méthodologie doit d'abord rester fondée sur la clinique, c'est-à-dire sur ce qu'il observe, et qu'il doit tenter de comprendre et d'expliquer selon les règles de sa discipline.

L'existence de ce que l'on dénomme « homosexualité » a été prise en compte, depuis des siècles, par différentes catégories d'auteurs. Or, les problèmes posés par cette sorte de choix d'objet n'ont sans doute pas été étudiés avec toute la rigueur scientifique nécessaire.

D'abord parce qu'il n'existe pas une seule catégorie de sujets dits « homosexuels », et ensuite parce que le terme même d'« homosexualité » a été et demeure jugé comme relativement contestable.

LA CLINIQUE

Les exigences de l'approche psychologique (en dehors de toute coloration pathologique) obligent le clinicien à dénoncer la facilité langagière courante regroupant en une catégorie unique (et conduisant à une « pensée unique ») l'ensemble de ceux qui sont désignés, ou qui se désignent, comme « homosexuels ».

L'observation psychologique nous montre qu'il existe trois catégories de sujets relevant d'un choix affectif prenant cette apparence.

1) Tout d'abord, un très grand nombre de sujets qui, tout en fonctionnant comme « hétérosexuels », paraissent conserver parallèlement et partiellement des attraits pour des partenaires du même sexe.

Aucune structure mentale de la personnalité ne se rencontre comme purement monolithique. Le sujet conserve toujours son originalité et ses diversités dans la relativité de l'importance accordée par lui, à telle ou telle forme de fonc-

tionnement affectif et du choix de l'objet préférentiel. En cela, il n'y a rien de pathologique.

2) Ceux qui sont considérés plus habituellement (et se considèrent eux-mêmes) comme « homosexuels » correspondent à des sujets qui recherchent à la fois une sécurité et une satisfaction dans la relation qu'ils entretiennent avec des semblables à eux-mêmes.

Dès la fin du XIX^e siècle, toute la théorie freudienne a été fondée sur la distinction entre autoérotisme, homoérotisme et hétéroérotisme. Il n'était pas alors question de privilégier le seul aspect somatique et génital de certaines zones érogènes. Ce qui était mis en avant était le mode de relation à l'autre et l'objet choisi, à savoir : ou bien soi-même, ou bien un être semblable, ou bien un autre à la fois différent dans sa nature, égal dans sa valeur absolue et complémentaire dans ses fonctions. C'est ce dernier choix d'objet qui correspond à l'hétéroérotisme. Alors que l'homoérotisme répond au contraire à un choix d'objet pour un être semblable et non différent.

Notons que cette deuxième forme d'homoérotisme déconcerte souvent l'opinion publique ainsi que les diverses institutions chargées de maintenir la cohésion et la sécurité d'une société. Même si rien n'entre dans le pathologique, il apparaît une divergence officielle nouvelle à l'égard des attitudes sociales anciennes.

3) Bien que cela ne constitue pas ici notre propos principal, il faut signaler que le psychologue rencontre parfois des sujets qui impressionnent et inquiètent le public en se réclamant trop bruyamment (voire agressivement parfois) le droit de provoquer une société assez craintive par des exhibitions « gays » ou « lesbiennes » qui reposent sur une sorte de négation d'une partie de la réalité objective (ici le rôle du sexe) et attirent ainsi l'attention de certains psychopathologues. Bien sûr, ce ne sont pas des situations courantes.

L'AMBIGUÏTÉ D'UN TERME

Nous disons « érotisme » oral, anal et non « sexualité » orale ou anale. De même, nous parlons d'autoérotisme et non d'« autosexualité ». Pourtant, « homosexualité » reste un mot couramment utilisé en dépit de la critique faite en 1911 par Sandor Ferenczi, un des principaux élève de Freud, qui proposa plus pertinemment d'en rester à l'emploi du terme d'« homoérotisme ».

« Sexe » vient du latin *sexus*, radical *sectus*, coupé, issu du verbe *secare*, que l'on peut traduire par couper en deux, qui renvoie donc à une notion de séparation, de distinction. La référence au mythe platonicien de l'androgyne paraît évidente. Par ailleurs, le concept de *genre* a été utilisé par Stoller, un remarquable chercheur en matière de psychanalyse, pour distinguer sexe et identité. Pour cet auteur, le genre (*gender*) désigne le sentiment d'identité sexuée, d'un point de vue psychologique et social, tandis que le sexe définit l'organisation de la différence entre mâle et femelle, sur le plan de la fonction comme de l'anatomie.

Partant de ces considérations, on peut estimer qu'on ne saurait parler de « sexualité » en dehors du cas de figure impliquant la reconnaissance, l'acceptation et l'intégration de *deux* organisations, certes égales en valeur mais, du point de vue de l'anatomie, de la physiologie et aussi de la psychologie, foncièrement différentes et fonctionnellement complémentaires. Que l'on veuille ensuite établir une distinction entre l'appartenance anatomo-fonctionnelle (le sexe) et l'appartenance psycho-sociale (le genre) même si l'une et l'autre sont dans un rapport radicalement dissymétrique, n'est nullement contradictoire avec une exigence de rigueur sémantique et étymologique dans l'usage des termes.

Il s'ensuite que le terme « hétérosexualité » représente, à strictement parler, un pléonasme (s'il s'agit de « sexualité » c'est forcement « hétéro »), tandis que le terme « homosexualité » pourrait être considéré comme un véritable contresens, voire un barbarisme.

En demeurant dans l'axe de la pensée de S. Ferenczi, il convient d'ajouter qu'il existe, à l'étape narcissique de toute psychogenèse, une situation relationnelle d'ordre « homoérotique ». Lors de cette étape, le plaisir recherché s'atteindrait dans la contemplation en miroir de l'image d'un autre identique à soi-même, d'un semblable idéalisé au registre narcissique. Alors que l'objet véritablement « sexuel » (ou génital), authentifiant un type relationnel justement dit « objectal », serait caractérisé comme différent du sujet dans sa nature, égal à lui dans ses capacités particulières, enfin jouant un rôle complémentaire dans le courant de créativité imaginaire propre à la plénitude de l'interaction sujet/objet.

Comme nombre d'auteurs contemporains l'ont fait observer, il ne paraît pas pertinent de laisser flotter autour de certains termes, et en particulier celui de « sexualité », une imprécision et surtout une ambiguïté qui ne pourrait qu'entraver la compréhension de telle ou telle fantaisie imaginaire avec ses prolongements comportementaux, au premier rang desquels tout ce qui se voit rattaché trop facilement et trop globalement au domaine de ce que l'on nomme encore de manière discutable « homosexualité ». Si nous demeurons fidèles à la définition freudienne, c'est-à-dire objectale, de toute sexualité accomplie, nous ne pouvons que récuser la pertinence sémantique du terme « homosexualité » qui juxtapose deux vocables aux sens tout à fait incompatibles, voire antagonistes.

7 LA VIE FŒTALE ET SES CONSÉQUENCES

J. BERGERET et M. HOUSER

PROBLÈMES POSÉS

La psychologie contemporaine, inspirée des découvertes psychanalytiques, a tout d'abord cherché à éclairer l'évolution affective d'un sujet en s'intéressant avant tout aux modèles de personnalités organisées sous le primat de l'Œdipe et de la sexualité. On s'est ainsi préoccupé, par voie de conséquence, des problèmes liés à la triangulation sexuelle, à l'inceste, à la castration, au surmoi et à la culpabilité, avec les multiples fixations possibles à tous ces registres, fixations pouvant entraîner, au moment d'un conflit, des régressions diverses qui vont alors ouvrir la voie à une pathologie de nature « névrotique ».

Or, au cours de la seconde moitié du XX^e siècle, certains psychanalystes se sont attachés à montrer que leurs expériences cliniques les conduisaient à élargir d'une manière assez sensible le champ des conceptions théoriques qui étaient devenues « classiques ». Car il s'agissait alors de rendre compte du niveau de fonctionnement économique et des aléas de la psychogenèse des patients qui les consultaient chaque jour, sans souffrir de conflits particulièrement sexuels ou œdipiens. Nombre d'analystes entendaient demeurer fidèles aux postulats freudiens essentiels, mais il leur semblait indispensable d'en compléter la portée et de mieux préciser les spécificités structurelles rencontrées. C'est ainsi que se sont multipliées les avancées conceptuelles, proposées d'abord par les psychanalystes d'enfants, puis par ceux qui s'occupaient plus particulièrement des psychotiques ou des dépressifs graves (états-limites ou *border-lines*). Un pas de plus fut proposé par les recherches entrant dans le domaine des troubles dits « psychosomatiques ».

De nombreux cliniciens passèrent ainsi des préoccupations du registre sexuel et œdipien aux préoccupations du registre narcissique. Un tel registre met en jeu des systèmes d'organisation de la personnalité arrêtés à des modèles duels de relation d'objet et à des types de pulsions avant tout violentes. Cette évolution des préoccupations, et théoriques et thérapeutiques, est par ailleurs largement développée dans la première et la seconde parties de cet ouvrage.

La vie affective d'un adolescent et la pathologie liée à cette phase du développement ont fait l'objet de précieuses recherches. Puis, on s'est intéressé à des étapes de plus en plus précoces de la vie affective de l'enfant, puis aux problèmes particuliers au « bébé ». Là semblait devoir s'arrêter le souci d'investigation des chercheurs. Cependant, certains cliniciens éprouvaient une

insatisfaction devant la précarité de leurs informations portant sur un passé plus lointain, encore, du sujet, et pressentaient qu'il y aurait intérêt à en savoir plus sur ce passé. Alors, reprenant les idées que Freud avait lui-même évoquées, à propos du rôle qu'auraient éventuellement joué des « ancêtres » de nos patients, des auteurs se penchèrent sur les éventuelles causalités conflictuelles pouvant être considérées comme d'ordre intergénérationnel.

Ce regard porté sur la phylogenèse conservera toujours, pour le chercheur ou pour le clinicien, un intérêt tout à fait incontestable. Mais nous ne pouvons éviter de remarquer qu'entre l'étape où vont êtres conçus les parents (ou les grands-parents) d'un sujet qui nous consulte, et la période où ce sujet est apparu au jour en tant que « bébé » avec un environnement défini, il nous reste encore à tenter de comprendre comment, dans quel climat affectif et relationnel, a pu se dérouler sa vie fœtale. Comme nous l'ont appris, depuis longtemps déjà, les éthologistes, un enfant ne se présente pas au monde selon le modèle d'une « *tabula rasa* ». Il hérite forcément d'un passé. Et ce passé ne peut se réduire ni à une enfance trop récente ni à une trop lointaine phylogenèse.

Dans le cadre de notre présent ouvrage, à visée avant tout psychologique, nous n'aborderons pas les aspects embryologiques ou obstétricaux liés à l'évolution biologique d'une grossesse. Nous nous limiterons à évoquer ce que des équipes de chercheurs contemporains ont découvert concernant les interactions observables entre un fœtus et son environnement utéro-placentaire maternel. Et nous nous intéresserons plus particulièrement aux conséquences possibles d'aléas de la vie fœtale sur des difficultés, plus tardivement décelables, chez un adolescent ou un adulte.

ÉTAT DES TRAVAUX SUR LA VIE DU FŒTUS

Les chercheurs manifestent un intérêt croissant pour l'histoire assez extraordinaire qui précède notre naissance et se déroule pendant la vie du fœtus que nous avons été. D'autant que de nouvelles données d'investigation nous permettent d'en savoir chaque jour davantage à ce sujet. Nous ne pouvons cependant que présenter ici un bref et partiel état des lieux, qui plus est forcément daté, concernant les avancées actuelles d'une telle recherche.

Contrairement à ce que pourrait laisser penser, un peu vite, l'état des travaux publiés sur la question, la connaissance du fœtus, si elle relève bien d'une démarche scientifique concrète, n'en demeure pas moins largement tributaire de nos moyens d'observation, qui ne peuvent nous conduire qu'à des données certes objectives, mais qui ne concernent que les conditions de la vie du fœtus ; alors que, de toute évidence, l'interprétation de ces données ne saurait être totalement indépendante d'une part non négligeable de subjectivité, susceptible de générer de fortes tentations en faveur de conclusions hâtives. C'est dire l'extrême prudence qui doit rester la nôtre dans nos hypothèses, nous incitant notamment à éviter, autant que faire se peut, tout raisonnement ou toute déduction en termes trop « adultomorphiques ».

Le fœtus humain vit dans un monde et une organisation d'une infinie richesse, mais totalement différents du monde où nous sommes. C'est sur ce point que porte avant tout notre intérêt dans cet ouvrage. Il est avéré que c'est dès avant la naissance que nous acquérons notre dimension humaine spécifique. Autrement dit, et comme le développe un livre allemand récent de L. Janus (« *Comment (sous-entendu quand ?) naît l'esprit* »), c'est dès la vie fœtale que, au-delà du seul développement biologique, naissent ce que l'on pourrait au moins considérer comme les prémices de la vie mentale humaine achevée.

Si Winnicott pouvait dire qu'un « *enfant tout seul, ça n'existe pas* », à plus forte raison le propos peut-il s'appliquer au fœtus. Qu'il soit désir véritable d'un enfant ou désir du plaisir de soi à propos d'un enfant, le fœtus est bien, au plan psychoaffectif et par définition implicite, l'aboutissement d'un désir. Désir qui peut d'ailleurs être soit conscient, soit inconscient, la qualification de « grossesse non désirée », par exemple, demandant toujours, selon nous, une sérieuse et minutieuse exégèse.

De nos jours, d'une manière de plus en plus évidente, et malgré le paradoxe apparent, on estime qu'il peut s'agir du désir surtout narcissique d'une *mère*. C'est qu'en effet celle-ci peut, au moins virtuellement, tenir lieu désormais, sinon de *géniteur* unique (encore que l'idée même du clonage puisse à elle seule, et en soi, provoquer bien des fantasmes perturbateurs au registre de la réalité psychique), du moins de *parent* unique et exclusif (on parle de famille monoparentale), dans un rôle non partagé qui marginalise purement et simplement l'homme-père. Le fait, à l'inverse, que des homo-érotiques masculins puissent aujourd'hui revendiquer un « droit à la paternité », tout en se reconnaissant une fonction également maternelle, ne contredit qu'en apparence seulement la constatation précédente.

S'agissant donc du fœtus, et comme le rappelle J. M. Delassus, l'idée d'une existence spécifique du fœtus humain se fonde sur la conjonction de trois données : un milieu de vie utérin particulier, relevant de ce qu'on peut appeler « l'invention mammifère » et avant tout caractérisé par son homogénéité foncière ; des capacités sensorielles et sensitives très précoces ; enfin, une dotation neuronale exceptionnelle, et active bien avant la naissance. Encore convient-il de préciser que notre patrimoine génétique ne différerait, selon certaines études, de celui des grands singes supérieurs que dans la proportion de 0,6 %. Sur le plan quantitatif, exclusivement, bien sûr.

Il paraît d'autre part utopique d'attribuer chacune de nos particularités à des gènes individualisés, et l'on insiste aujourd'hui de plus en plus sur la plasticité cérébrale, ainsi que sur la part très importante du cortex humain qui ne serait marquée par aucune empreinte génétique. Ce qui pose la question de savoir si les acquisitions qui distinguent l'être humain relèvent de l'apprentissage post-natal ou si un fondement originel — et original — est déjà établi dès la vie *in utero*. Autrement dit, on peut se demander, comme l'ont fait certains auteurs, s'il ne serait pas nécessaire de concevoir une étape intermédiaire entre la programmation génétique et la venue au monde du bébé. Ce qui viendrait complexifier davantage encore un débat sans cesse réactualisé, qui laisse en opposition constante et durable les fameux concepts d'inné et d'acquis.

Mais qu'est-ce qu'un fœtus ? Mot que n'emploie jamais une femme enceinte, sans doute en raison de ses résonances terribles au registre fantasmatique : fœtus mort et/ou formolé dans son bocal, maladies du fœtus, etc. Malheureusement, et cette absence mériterait recherche et questionnement, il n'y a pas d'autre mot. Un fœtus, donc — et une telle dénomination n'est pourtant nullement dénuée de beauté en soi, puisqu'elle renvoie, étymologiquement, aux termes de sucer ou téter — c'est, dira-t-on, l'être qui succède à l'embryon et précède le nouveau-né. Définition pouvant paraître un peu simpliste, fondée à la fois sur des apparences (la morphologie est devenue reconnaissable et les organes paraissent formés) et plus ou moins soumise à une datation (10-12e semaine suivant la conception), dont on dit parfois qu'elle délimite le fœtus plus qu'elle ne l'explicite. Ce qui a alimenté d'âpres controverses (auxquelles il ne saurait être question de participer ici), relatives notamment aux procédures légales de l'avortement par exemple, ainsi, bien sûr, qu'à la problématique éthique soulevée par la légalisation de la pratique de l'avortement dans certains cas bien précis.

La durée de vie attribuée au fœtus — et nous disons bien « attribuée » — est très variable. En particulier, qu'il sorte trop tôt de l'utérus maternel par exemple, et le voilà nommé, non plus fœtus — même s'il a l'âge de celui-ci, quoique pas le statut — mais enfant « prématuré ». De plus, l'évolution des techniques de réanimation semble permettre de fixer de plus en plus tôt les limites de viabilité du fœtus. Ce qui contribue inexorablement à « mutiler », pour ainsi dire, au niveau du sens, l'idée même de fœtus. En poussant les choses à l'extrême, on pourrait même se demander si les neuf mois de vie intra-utérine qui précèdent la naissance vont conserver un sens au vu du véritable arrimage par lequel on lie le fœtus — de manière souvent plus affective qu'objective et scientifique — à ce qu'on appelle, sans autre définition ni idée préconçue : « la vie » ; des techniques de plus en plus finement spécialisées qui s'emparent plus ou moins directement de la représentation qu'on peut se faire du fœtus ; des observations extérieures, toujours plus nombreuses et sophistiquées, dont le fœtus est devenu bien souvent l'objet non consentant, mais quelquefois souffrant ; des interprétations adultomorphiques qui ont tendance, parfois, à prolonger certaines observations. En somme, le fœtus pourrait aujourd'hui courir le risque d'être « *presque de ce monde avant d'être né* », ce qui n'est pas sans conséquence, sans doute plus négative que franchement positive.

Une mère n'est pas un laboratoire. Quand la mère éprouve son enfant et s'éprouve elle-même en le sentant, ce n'est pas de cellules en train de se diviser et multiplier qu'il s'agit, mais de rêve. Un rêve habité de personnages réels et qui parlent, qui communiquent. Non, certes, avec nos mots d'adultes, signifiants intellectuels vecteurs de l'idée des choses, mais avec des mots concrets de chair, une foule de sensations, d'émotions, de ressentis les plus divers. La grossesse est un dialogue de l'inconscient biologique le plus primitif. Et si l'apparition des fonctions et aptitudes sensitivo-sensorielles du fœtus s'étale, en gros, de la 9e semaine de la gestation, pour l'odorat, à la 22e semaine pour la vision — alors « opérationnelle » bien qu'encore sans objet — c'est environ au 3e mois que certains chercheurs sont portés à considérer qu'il y a réellement « quelqu'un » dans l'utérus maternel. Mais de telles

datations ont fait jusqu'ici l'objet de beaucoup d'hésitations et de beaucoup de modifications.

Qu'est-ce que « devenir mère » ? Sont-ce les gênes et les hormones qui font et fondent la maternité ? Ou bien plutôt la femme elle-même, par sa propre histoire et son désir ? Et la science oserait-elle abuser de son pouvoir en se substituant au désir humain ? En tout cas, on ne naît pas mère, on le devient. Ce qui suppose un parcours intérieur qui prend naissance dans l'enfance même de la mère, et dans son système relationnel spécifique avec ses propres parents. Être mère est un secret d'enfance. La maternité est du domaine de l'inconscient et de l'affect. Et l'accouchement ne devrait pas être considéré comme une prouesse, mais plutôt comme un acte de naissance. L'enfant ne se fabrique pas, au sens « mécanique » du terme. Il se situe au plus lointain de toute personnalité, dans un parcours spécifique à chacun de nous. C'est dire que l'utérus n'est pas un simple contenant, et que le dedans utérin n'est nullement impersonnel, ni dans le moment de la grossesse, ni dans la propre histoire de la mère. L'enfant ne croît pas dans le ventre d'une femme comme il le ferait dans une couveuse.

Nombre d'auteurs, et non des moindres, puisque Freud lui-même (« *Inhibition, symptôme et angoisse* », 1925-1926) en était venu à partager cette opinion, ne voient pas une véritable solution de continuité entre fœtus et nouveau-né au moment de la naissance. Mais cela ne concerne que l'enfant, et de toute évidence, il n'en est pas de même du côté de la mère. On sait en effet que toute accouchée traverse une situation objective de perte d'objet, se traduisant dans la majorité des cas par un mouvement dépressif léger et très passager : le jour de l'accouchement, la jeune mère ressent un bonheur élationnel particulier, le lendemain on la trouve en larmes. Mais on sait aussi que, même en mettant à part les grandes dépressions du post-partum ou les psychoses puerpérales, des difficultés maternelles plus ou moins sérieuses et plus ou moins graves (angoisses, peurs, incapacités maternelles diverses, etc., susceptibles de mettre en péril la relation à l'enfant et même son développement) peuvent survenir dans 10 % des cas environ. Comme on dénombre en France environ 750 000 accouchements par an, cela représente 75 000 mères qui éprouveront de sérieuses difficultés, et autant d'enfants qui auront à en souffrir.

Dans le même ordre d'idées, l'échographie, dont la pratique est aujourd'hui généralisée — du moins dans nos sociétés occidentales où, peut-être, on en use jusqu'à l'abus — peut entraîner une véritable « *interruption volontaire de fantasmes* », selon le mot à la fois pittoresque et pertinent de M. Soulé. Nombre d'anecdotes cliniques en tout cas, volontiers contées par les échographistes eux-mêmes (qui se gardent généralement bien de les tenir pour insignifiantes), témoignent du fait que cette technique suscite les réactions les plus diverses. Et ces réactions s'observent désormais non seulement chez les futures mères, mais aussi chez les maris-pères, les autres enfants de la fratrie, voire toute la famille ou même les amis, grâce aux cassettes vidéo que l'on peut réaliser et donner aux futurs parents à leur demande. Il ne serait pas rare d'observer alors une véritable modification du « dialogue de la grossesse » dont nous parlions plus haut.

Évoquant le célèbre texte freudien (*L'Inquiétante étrangeté,* 1919), le même M. Soulé s'est longuement attardé à décrire l'inévitable, selon lui, impression « d'étrangeté » qui saisit tout spectateur (fût-ce l'échographiste lui-même) devant l'image échographique du fœtus. Image risquant, encore une fois, d'inhiber « *le libre développement de l'enfant imaginaire* ». Il ajoutera même que l'échographie « *révèle à la femme sa totale passivité devant une force vitale qui se développe en elle* ».

Quelles que soient les réserves que l'on puisse émettre au sujet de la pratique de l'échographie, on ne saurait néanmoins méconnaître la richesse des enseignements que nous ont apportés ses perfectionnements successifs. Grâce à elle, on sait par exemple qu'à trois mois, le fœtus déglutit ; qu'il ouvre la bouche et baille à trois mois et demi ; qu'il suce, tète, avale, rejette à six mois ; que, dans les dernières semaines, bouche et lèvres deviennent des organes de préhension et d'exploration de la main, du pouce, du pied, du cordon ombilical. D'où l'on peut inférer que l'auto-érotisme, situé par Freud à partir des premiers jours de la vie postnatale, s'établit en réalité bien avant la naissance.

Si, dès les années soixante-dix, on pratiquait déjà le diagnostic prénatal en vue de déterminer si une grossesse devait être ou non poursuivie, un tel objectif s'est sensiblement élargi. Le fœtus est devenu un patient à part entière, on agit sur lui, on peut le traiter, le soigner, etc. Dès lors, l'anténatal ne se réduit plus à l'anamnèse ou à la préhistoire de l'aventure humaine, mais projette au premier plan le chapitre initial de la vie qu'est la période intra-utérine. À ce titre, il concerne le « psycho-clinicien » qui découvre là toute une clinique apportant un éclairage nouveau et supplémentaire aux concepts clés de sa spécialité.

On considère aujourd'hui la grossesse comme « la réussite paradoxale d'une greffe hétérogène ». L'interaction biologique entre le fœtus et sa mère, avec médiation par le placenta, n'empêche nullement les phénomènes rencontrés dans les cas d'intolérance à une hétéro-greffe. Et en effet, compte tenu du fait que le patrimoine génétique de la cellule fécondée comporte pour moitié un héritage paternel, on comprend que l'œuf puis l'embryon puissent subir les tentatives d'une force cherchant à expulser cette « greffe ». On peut parler, par métaphore, d'une véritable haine biologique de la mère pour ce véritable « corps étranger » que son corps à elle chercherait à expulser, ce qui finit d'ailleurs par arriver dans certaines circonstances, au bout du compte assez nombreuses. Et nous voyons là l'illustration d'une « violence fondamentale », ainsi que l'un de nous l'a nommée, en l'assortissant de la formule : « C'est lui ou moi… elle ou moi ». Violence qui serait donc d'origine biologique. Et une simple réaction « d'autodéfense ».

La vie fœtale est une exception paradoxale à cette règle du rejet de toute greffe hétérogène. C'est que les choses — fort heureusement — sont en fait beaucoup plus complexes. Le corps de la mère, certes, secrète des anticorps anti-embryon. Mais celui-ci, grâce aux cellules de son trophoblaste (première ébauche de son placenta), dont la formation est activée par le génome paternel — ce qui ne saurait manquer ni de sel, ni de sens aux yeux du psycho-clinicien — va sécréter à son tour une molécule qui assurera son implantation dans le muscle utérin, donc sa survie. Si cette molécule (appelons-la « défensive »)

n'arrive pas à tenir son rôle ou est insuffisante d'une manière quelconque, l'œuf fécondé est expulsé et il y a avortement précocissime. À l'inverse, l'excès de la fonction de cette molécule et des cellules trophoblastiques laisse se développer un tissu (la môle) pouvant envahir l'organisme maternel, l'intoxiquer et le mettre en danger mortel. Sur 5 ovules fécondés, il y aurait 2 à 3 avortements précocissimes au stade de morula, ces « avortements » étant généralement méconnus, car inaperçus et confondus avec des règles simplement abondantes.

Les immunologistes ont très récemment décrit des conflits apparaissant avec retardement. C'est notamment le cas lorsque des cellules fœtales ont pu traverser la barrière placentaire et circuler dans le sang maternel. Les lymphocytes de ce dernier n'ont pu « reconnaître » ces cellules, surtout s'il s'agit du patrimoine chromosomique paternel. Or, à la grossesse suivante, les mêmes lymphocytes vont s'attaquer (on les appelle lymphocytes « *killers* ») au nouveau fœtus qu'ils « prendront » pour le « frère aîné » dont ils ont, d'une certaine façon, « gardé la mémoire ». Les biologistes parlent alors « d'enfant de remplacement », expression que le psycho-clinicien connaît bien, pour l'utiliser dans d'autres circonstances, dans leur écoute de l'imaginaire d'un sujet.

RÉFÉRENCES CLINIQUES

En poursuivant ce chapitre par une réflexion d'ordre clinique, nous nous référerons tout d'abord à l'exemple des débuts d'une vie qui sont devenus les plus célèbres depuis les interprétations proposées par S. Freud. Nous entendons en effet évoquer les circonstances dans lesquelles se sont déroulées la conception et la naissance d'Œdipe. C'est-à-dire, en fait, comme nous l'a montré Freud, les conditions de la venue à la vie de tous les enfants du monde. Nous trouvons évoqué dans ce mythe le modèle le plus connu, non seulement des conflits habituellement décrits comme survenant entre parents et enfants, mais le modèle aussi des problèmes très précoces impliquant tout autant l'attitude de la mère et du monde adulte à l'égard du fœtus, que l'attitude du fœtus lui-même à l'égard de son environnement du moment. Mais Freud ne prend clairement en compte dans le mythe que les circonstances succédant à la naissance de l'enfant. Il nous faut y ajouter, en plus, les problèmes concernant la conception et la vie intra-utérine d'Œdipe. Or, ces questions se voient nettement mises en évidence dans le mythe antique auquel on se réfère.

Mais encore faudrait-il prendre en compte, à propos de cet exemple fameux, non seulement la partie du récit qui nous en a été présentée le plus souvent, mais la totalité de cette histoire, telle qu'elle nous est rapportée dans sa version la plus fiable, celle de Sophocle dans la tragédie célèbre Œdipe Roi, version à laquelle Freud s'est lui-même référé. Mais Freud, dans son étude du mythe, ne cite que le second oracle d'Apollon, celui qui prédit aux deux parents royaux thébains que leur enfant commettra le parricide et l'inceste. Autrement dit, Freud s'arrête à un registre purement sexuel, et donc secondaire chronologiquement, de la prédiction d'Apollon.

Cependant, le rapport très complet de la consultation qu'eurent, à Delphes, Laïos et Jocaste, les futurs parents d'Œdipe, au temple d'Apollon, figure de façon très explicite dans le texte du drame de Sophocle. Et, après cette lecture, nous ne saurions négliger l'importance du premier oracle divin. Cet oracle initial ne porte pas sur des conflits d'ordre sexuel. Il s'arrête à la toute première étape de toute vie, ce qui implique le sens primitivement donné, au registre narcissique, à la destinée de tout fœtus. L'oracle fait état des rivalités naturelles et incontournables rencontrées par tous les humains, dès leur conception. L'oracle doit être compris au registre symbolique, cela va de soi. Et de telles rivalités sont, dans un premier temps, de nature narcissique et violente, et non pas sexuelle ni agressive. On peut se reporter, à ce sujet, au chapitre trois du présent ouvrage, consacré à la violence instinctuelle.

Le premier oracle émis par Apollon aux futurs parents met ceux-ci en garde contre un inéluctable fonctionnement imaginaire humain, qui fait de tout enfant un danger à venir pour la vie de sa mère et de son père. Et cet oracle crée en même temps, pour chaque enfant, une image de parents menaçants pour sa propre vie à lui. D'où la violence défensive qui va entrer en action de part et d'autre, dès la conception d'un être nouveau. Les biologistes nous montrent en effet combien, dès l'origine, l'embryon aura à se défendre contre certaines menaces pour pouvoir survivre. Et les cliniciens qui observent ce qui se passe à cette époque savent combien une femme enceinte peut se trouver inquiète, consciemment ou non, devant la pensée que sa grossesse pourrait lui être nuisible sinon fatale.

Ayant entendu le sens du premier oracle reçu (c'est-à-dire, pour le psychologue, ce que lui suggérerait son inconscient), il n'est donc pas étonnant que Jocaste ait vécu le fœtus d'Œdipe comme une sorte de monstre risquant de la détruire et qu'elle ait, aussitôt après l'accouchement, envoyé un serviteur livrer le nouveau-né aux bêtes sauvages dans la forêt. Si le jeune enfant a survécu, il semble que ce soit à partir de sa propre violence défensive, c'est-à-dire d'un ardent sentiment de « légitime défense » qu'il va manifester largement par la suite. Nous reconnaissons dans le mythe sur lequel Freud a tant attiré notre attention, le prototype de tout ce que pourront retrouver les cliniciens observant les manifestations fœtales et parentales qui émaillent les moments, combien importants pour la suite des choses, d'une conception difficile (et pour quels motifs?), d'une grossesse difficile (et pour quels motifs?), d'un accouchement difficile (et pour quels motifs?), ou encore d'épisodes compliqués de la période du post-partum (et pour quels motifs?), de même, bien sûr, que toutes sortes de troubles pouvant être observés du côté du fœtus ou du nouveau-né. Et observés plus tardivement encore chez l'enfant plus âgé, chez l'adolescent ou chez l'adulte lui-même.

La multiplicité des formes prises par ces difficultés fait que de tels troubles ne peuvent plus, de nos jours, se voir imputés par les cliniciens aux seules causalités organiques ou physiologiques. On ne saurait non plus se satisfaire d'explications d'ordre seulement sexuel et œdipien. Il s'agit, à l'origine de toute vie, d'une nécessité d'intégrer — et non de satisfaire comme telle, ni de refouler —, toute l'énergie très positive que renferme en elle la violence instinctuelle primitive. Les désordres parfois constatés proviennent souvent

d'un défaut d'efficience du système protecteur dit « de pare-excitations » (*cf.* p. 57). Ce système, à but protecteur contre les excès pulsionnels, est d'origine environnementale au début de la vie, puis il devient de plus en plus intériorisé de façon autonome par le sujet. Le défaut d'efficacité du pare-excitations risque de laisser la violence évoluer vers l'agressivité, que ce soit dans les pensées, les comportements ou les somatisations.

Ceci dès la première enfance, certes. Mais on détecte les prémices de telles défaillances, dès la période fœtale, dans la coloration, déjà visiblement conflictuelle, que peuvent prendre les attitudes constatées tout autant du côté maternel que du côté du fœtus lui-même.

Le rôle joué par la violence instinctuelle primitive paraît essentiel dans les relations entretenues avec ses objets par l'enfant ou l'adolescent, avant que puisse survenir (dans les cas heureux) une capacité relationnelle véritablement objectale, donc sexuelle. Cependant, l'importance de cette violence instinctuelle, dans sa brutalité même, semble déjà évidente pour les cliniciens qui s'occupent de ce qui se passe à la période fœtale. Malgré tous les efforts déployés pour en masquer l'existence.

Les cliniciens ont fait un pas de plus dans leurs recherches en montrant que des troubles psychoaffectifs fort sérieux, apparaissant plus tardivement chez l'adolescent ou chez l'adulte, ne peuvent se contenter d'une explication se référant à des conflits de la vie infantile. Pour conduire assez loin une cure psychothérapique assez productive, il y a souvent lieu de retrouver, puis d'élaborer, les traces laissées par des traumatismes divers, mais importants, remontant à la période fœtale. Il en est de même de graves carences d'apports affectifs, dont le fœtus aurait primitivement souffert. Les observations commencent à abonder montrant les traces inscrites *in utero* par un épisode plus ou moins tragique ou quelques accidents bien réels qui se seraient produits pendant la période fœtale et dont on aurait négligé l'existence. De même que par des tentatives d'avortement ou simplement d'abandon qui auraient été passées complètement sous silence par la suite.

RÉFLEXIONS THÉORIQUES

Certains travaux d'auteurs qui s'occupent de la périnatalité mettent l'accent sur la violence réciproque qui inaugure les premiers contacts établis entre un fœtus et ses environnements, en commençant par son environnement utéro-placentaire, puis l'entourage immédiat de celui-ci. Le fœtus perçoit ces entourages selon la progression des capacités acquises par ses organes sensoriels. Il nous faut insister à ce sujet sur deux précisions nécessaires : d'une part, il s'agit ici de violence, et non de haine ou d'agressivité, car la violence se limite à des dispositions défensives de l'intégrité du sujet et à une « légitime défense » dénuée encore de toute sentimentalité relationnelle. Le sujet ne se préoccupe, narcissiquement d'abord, que de lui-même ; d'autre part, cette violence n'étant, en soi, ni bonne ni mauvaise, ce qui importe c'est qu'elle puisse se voir progressivement intégrée au sein du courant libidinal objectal porteur de tendresse, d'amour et de créativité, donc de sexualité.

Toute une partie des recherches psychologiques et psychanalytiques de la fin du XX[e] siècle a porté sur les conditions dans lesquelles fonctionnait ce qu'on appelle « l'imaginaire » d'un être humain. Le point de départ des travaux freudiens (et l'auto-analyse de l'auteur) reposa sur l'étude de l'activité onirique. De nombreux compléments ont été apportés aux premières hypothèses viennoises. Certains ont défini, aussi bien au registre manifeste (sommeil paradoxal) qu'à un registre beaucoup plus métapsychologique, donc plus profond, différents niveaux de rêves. Parallèlement, on s'est intéressé à différentes formes de rêveries éveillées, les « fantasmes » en particulier. Qu'il s'agisse des racines les plus profondes d'éléments rapportés dans certains rêves ou des sources les plus archaïques de certains fantasmes, un débat s'est trouvé largement ouvert sur les origines de certaines formations imaginaires considérées comme constituant des « fantasmes originaires ». Selon sa voie d'abord privilégiée, Freud décrivit ces constructions mentales comme symbolisant les premières prises de conscience de la sexualité par un enfant : le fantasme de « scène primitive » correspondrait aux traces de l'observation, par l'enfant, d'un coït parental, le fantasme de « séduction » rappellerait la découverte, par l'enfant, de la pulsion sexuelle, et le fantasme de « castration » proviendrait de la découverte infantile de la différence existant entre les sexes. Cet astucieux montage explicatif (qui n'est sans doute pas erroné, pris à un certain niveau de fonctionnement imaginaire), mériterait de se voir sensiblement complété, car il ne tient aucun compte de l'étape narcissique, incontournable dans tout tracé psychogénétique, en particulier l'étape marquée narcissiquement par l'identité du « genre » et non déjà du « sexe » auquel appartient, dans un premier temps, un enfant. Et, par-dessus tout, l'interprétation d'emblée sexuelle des contenus des fantasmes originaires prétend pouvoir complètement négliger ce qui a pu se passer à l'époque où un fœtus inaugurait un mode, certes rudimentaire et progressif, de mise en activité de son fonctionnement perceptif, et au-delà, de son fonctionnement imaginaire. Le génial préconscient freudien avait perçu une telle lacune. Mais une réponse se voulant « rationnelle » fut aussitôt proposée, celle qui, acceptant qu'une partie des fantasmes originaires puisse être d'origine prénatale, renvoyait le chercheur à une époque « préhistorique », qui serait toujours sexualisable, mais difficilement accessible. On sautait de l'enfant à ses ancêtres lointains, comme si on avait peur de s'intéresser à un temps de la vie beaucoup plus essentiel et beaucoup plus proche de nous, c'est-à-dire la période fœtale.

Un débat fort délicat se trouve actuellement engagé sur la nature de cette forme de « non-soi » que peut représenter, pour un fœtus, la toute première figuration possible d'un « objet » avec lequel va s'établir la forme la plus archaïque de relation à un autre. Relation de crainte tout autant que relation de totale et agréable dépendance. Autrement dit, relation purement et très primitivement narcissique. Le terme d'« objet » paraît trop anticipé, de l'avis de certains auteurs. Nous nous retrouvons par ailleurs, chez le fœtus, dans une situation assez proche de la relation décrite comme « sans objet » dans certains travaux de l'institut de psychosomatique de Paris. Il semble nécessaire à ce propos de bien préciser ce qu'on entend définir sous le terme d'« objet ». Le terme d'« objet » s'est vu en effet, surtout au siècle dernier, utilisé dans le sens

premier, et exclusif, que lui avait donné Freud. Il s'agissait d'un objet de statut essentiellement sexuel. L'intérêt porté par Freud, après 1914, à l'économie narcissique, n'a sans doute pas assez élargi, comme on aurait pu l'espérer, le sens possible du terme « objet ». Or, il semble impossible de nos jours de ne pas concevoir l'existence d'un « objet narcissique » avant que ne survienne l'étape de relation à un « objet sexuel ». Il nous paraît nécessaire maintenant de faire un pas de plus encore, en postulant qu'il existe déjà, à l'étape fœtale, une forme très provisoire et très rudimentaire d'« objet », quelle que soit la dénomination qu'il soit préférable de lui attribuer.

Du fait de la non-pertinence, encore, des organes visuels *in utero*, nous allons buter sur la même difficulté pour envisager la possibilité de désigner la forme très particulière de « représentation » que pourrait se faire un fœtus de ce qui constituerait son « objet » du moment. De même, sur la façon dont un fœtus pourrait conserver une trace mémorisable de ses « objets » et des relations (heureuses ou moins heureuses) qu'il aurait pu avoir avec eux. Certains auteurs parlent de « souvenirs non souvenirs », tant les hésitations sont encore grandes, sans toutefois que les différents aspects d'une certaine forme de « vie mentale » intra-utérine puissent se voir vraiment contestés ou simplement laissés de côté.

De telles recherches sur ces quelques points, et sur bien d'autres concernant la vie fœtale, qui sont conduites par différentes équipes et dans différents pays, ne peuvent être considérées comme simplement spéculatives. Leur intérêt est évident dans une optique thérapeutique quand on veut traiter des pathologies mentales graves et qu'on déclare buter sur des « analyses interminables » ou sur des « réactions thérapeutiques négatives » trop vite attribuées à l'aspect dit « inanalysable » que présenteraient certaines structures. Parfois, ceci va jusqu'à constituer un mouvement contre-transférentiel négatif, de la part d'un thérapeute tenté de justifier son incapacité à dépasser les conceptions routinières habituelles par une mise en accusation de la « mauvaise volonté » du patient. Il est vrai que, dans notre enquête sur les aléas malheureux d'une vie fœtale, nous ne pouvons pas nous appuyer sur la simple levée des refoulements secondaires. Il s'agit de chercher à comprendre le rôle joué par des refoulements « primaires » (déjà prévus par Freud) et concernant un « inconscient primaire » (également envisagé par Freud) auquel le patient ne peut avoir d'accès direct. Il lui faut recourir à l'aide, toujours suspecte mais ici indispensable, de tiers qu'il s'était jusque-là bien gardé d'interroger sur son passé le plus lointain. Son préconscient aura ici joué en faveur d'un renforcement du refoulement primaire, évitant ainsi au sujet une trop intense angoisse de voir surgir une violence foncière qu'il craint de ne savoir maîtriser. Les expériences favorables de telles conduites de cure nous montrent l'existence effective de « souvenirs non souvenirs » qui existent dans le psychisme du patient et que nous ne pouvons renoncer à lui permettre de reconstituer en « souvenirs » objectalement représentables puis élaborables, si nous voulons vraiment aller au fond des choses.

BIBLIOGRAPHIE

BERGERET (J.), HOUSER (M.) — *Le Fœtus dans notre inconscient,* 2004, Dunod, Paris.

DELASSUS (J.M.) — *Le Génie du fœtus*, 2001, Dunod, Paris.

SOULE (M.) — La Vie du fœtus, *Psychiatr. Enfant.* 1999, PUF, Paris, pp 27-69.

8 | NOTION DE NORMALITÉ

J. BERGERET

En médecine somatique, il a souvent été débattu du « normal » et du « pathologique », G. Canguilhem a consacré une étude à la recherche des variations de l'homogénéité et de la continuité au niveau de ces deux notions ; il a conclu dans la maladie à la réduction de la marge de tolérance au milieu ; pour lui l'homme « normal » est celui qui reste adapté à son milieu. Cette conception semble pouvoir être reprise en psychopathologie.

Avant les travaux de S. Freud, les psychiatres considéraient d'une part les gens dits « normaux », et d'autre part les « malades mentaux » qui groupaient globalement, malgré toutes les distinctions admises, les névrotiques et les psychotiques au milieu d'autres entités moins nettement définies.

Les publications de S. Freud et de son école ont porté essentiellement sur le complexe d'Œdipe et les névroses et ont démontré qu'il n'existait aucun fossé fondamental entre l'individu réputé normal et le névrosé quant aux grandes lignes de la structure profonde. On a donc eu tendance par la suite à ranger d'un même côté les gens « sains » et les névrosés (c'est-à-dire les sujets chez lesquels la personnalité s'organise autour du complexe d'Œdipe et sous le primat du génital) et d'un autre côté ceux pour lesquels le complexe d'Œdipe ne se trouve pas en position d'organisateur et pour lesquels l'économie génitale n'est pas l'essentiel.

Mais les recherches contemporaines ont étendu peu à peu le champ d'application des découvertes freudiennes au domaine des psychoses et il est devenu de plus en plus évident qu'il existait tout autant de termes de passage entre psychose et une certaine forme de « normalité » qu'entre névrose et une autre forme de « normalité ».

Il est amplement démontré par l'observation quotidienne qu'une personnalité réputée « normale » peut entrer à tout moment de l'existence dans la pathologie mentale, y compris la psychose, et qu'inversement un malade mental, même psychotique, bien et précocement traité, conserve toutes ses chances de revenir à une situation de « normalité ». Si bien qu'on n'ose plus guère opposer maintenant de façon trop simpliste les gens « normaux » aux « malades mentaux » quand on considère leur structure profonde, au lieu de s'arrêter à des manifestations extérieures qui correspondent à l'état (momentané ou prolongé) dans lequel se trouve leur structure et non pas un changement de cette structure elle-même.

Les psychopathologues se montrent plus prudents et plus nuancés dans leurs distinctions et tendent à définir une conception de la « normalité » indépendante de la notion de structure. Ils se rapprochent ainsi de l'opinion fort sage de l'homme de la rue qui estime que n'importe quel humain se trouve dans un

« état normal », quels que soient ses problèmes profonds, quand il arrive à s'arranger avec ceux-là et s'adapter à lui-même comme aux autres, sans se paralyser intérieurement dans ses conflits obligatoires, ni se faire rejeter (hôpital, asile, prison, etc.) par les autres, malgré les inévitables divergences encourues dans les relations avec eux.

Le bien-portant ainsi défini ne serait surtout pas un malade qui s'ignore mais un sujet portant en lui suffisamment de fixations conflictuelles pour être aussi malade que bien des gens, mais qui n'aurait pas rencontré sur sa route des difficultés internes et externes supérieures à son équipement affectif héréditaire et acquis, à ses facultés personnelles défensives et adaptives et qui se permettrait un jeu assez souple de ses besoins pulsionnels, de ses processus primaire et secondaire, sur les plans tout aussi personnels que sociaux, en tenant un juste compte de la réalité.

Cependant pour ne pas demeurer sur un plan trop théorique sinon idyllique, il y aurait lieu de distinguer les personnalités « normales » des personnalités « pseudo-normales ».

Les premières correspondent à des structures profondes, névrotiques ou même psychotiques, non décompensées (et qui ne le seront peut-être jamais), structures stables et définitives en soi qui se défendent contre la décompensation par une adaptation à leur originalité, ce qui colore d'ailleurs de « traits de caractère » leurs différents comportements relationnels.

Les « personnalités pseudo-normales » au contraire, ne correspondent justement pas à une structure profonde stable et définitive, de mode névrotique ou psychotique par exemple. Elles ne sont pas tellement structurées dans un sens ou dans l'autre et sont constituées, de façon parfois durable mais toujours précaire, par des aménagements divers, pas tellement originaux, qui les contraignent, afin de ne pas se décompenser dans la dépression, « à jouer aux gens normaux » ; souvent même davantage à « l'hypernormal » qu'à l'original. C'est en quelque sorte un besoin protecteur d'hypomanie permanente. Nous en reparlerons à propos des états limites et des névroses de caractère en particulier. Mais le bon sens détecte facilement, dans des circonstances sociologiques diverses, ces « leaders exceptionnels » (auxquels tant d'autres déçus narcissiques s'agrippent) qui luttent simplement avec fougue contre leur immaturité structurelle et leurs frustrations, voulant éviter à tout prix une dépression dont le danger n'est pas écarté pour autant à tout jamais ni à tout coup. Et combien de « petits génies » se comportent de la même façon dans leur famille, leur quartier, leur milieu de vie ou de travail.

Nous risquons d'arriver ainsi à une conception doublement ambiguë de la notion de normalité. Aussi nous paraît-il plus raisonnable de prendre un recul supplémentaire par rapport à ce concept et de nous limiter à considérer le résultat fonctionnel global pour nous référer à l'appellation de « bien portant » quelle que soit la forme de bonne adaptation à une « normalité » ou à une « pseudo-normalité », telles que nous avons cherché à les préciser et à les définir.

BIBLIOGRAPHIE

BERGERET (J.) — *Personnalité normale et pathologique*, 1974, Dunod, Paris.

CANGUILHEM (G.) — *Le normal et le pathologique*, 1966, PUF, Paris, 226 p.

DIATKINE (R.) — Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant. In *Psychiatr. Enfant.* 1967, n° 1, pp. 1-42.

MINKOWSKI (E.) — À la recherche de la norme en psychopathologie. In *Evol. Psychiatr.*, 1938, n° 1.

9 | NOTION DE STRUCTURE

J. BERGERET

On ne peut raisonnablement définir un tableau clinique particulier sans se référer à une conception claire et précise de l'organisation économique profonde du patient sur le plan psychique et sans se référer aussi à des repères structuraux connus pour leur stabilité. C'est ainsi seulement qu'il devient possible de se faire une idée de la façon selon laquelle le psychisme du malade est organisé et doit, en conséquence, se trouver à la fois compris et traité.

Une certaine confusion n'a cessé de régner au cours des dernières décennies sur les sens donnés aux qualificatifs de « névrotique » ou de « psychotique » :

On parle trop souvent de ***symptôme*** « psychotique » en pensant au délire ou à l'hallucination, ou de symptôme « névrotique » en pensant à la conversion hystérique, au rituel obsessionnel ou au comportement phobique. Il y a là d'abord un risque d'erreur de diagnostic : un épisode délirant peut se rencontrer en dehors de toute structure psychotique ; une phobie n'est pas toujours (et même assez rarement) d'étiologie névrotique, etc. Ensuite, et surtout, le symptôme présenté ne doit être considéré que selon sa valeur relative, relationnelle et économique, dans le jeu des défenses par exemple. Il paraît prudent pour toutes ces raisons, tant qu'on ne se trouve pas certain d'un diagnostic structurel profond, de se contenter, dans un premier temps, d'employer des formules d'attente assez souples comme, par exemple, symptôme « *d'allure* névrotique » ou symptôme « *d'allure* psychotique » de manière à bien manifester notre réserve et notre souci de recherche, avec davantage d'exigences, du mode d'organisation économique profonde envisagé. Ceci n'a rien à voir avec un stérile besoin de classification rassurante mais commande au contraire une meilleure compréhension des processus psychiques déterminant l'attitude réelle du malade à son propre égard et à l'égard des autres, et du même coup sa relation au thérapeute telle que nous devrons la concevoir, la subir et l'utiliser.

La même confusion semble jouer au niveau des ***défenses.*** Il n'est pas rare en effet de rencontrer des défenses de type dit « névrotique » (y compris des symptômes) dans le système de protection des structures psychotiques vraies contre la menace d'éclatement ; ou inversement de reconnaître des défenses de type « psychotique » (y compris des symptômes) dans le camouflage de l'origine œdipienne des conflits au sein d'une véritable structure névrotique, ou tout simplement à l'occasion de la « déstructuration » aiguë et passagère (traumatique ou même thérapeutique) de n'importe quelle organisation. Il semble préférable de parler dans tous ces cas de défenses « de *mode* névro-

tique» ou «de *mode* psychotique» de manière à ne pas anticiper fâcheusement et faussement sur le diagnostic structurel authentique.

Une autre confusion touche à la chronologie, à l'étiologie, au moment de l'histoire du patient où nous allons employer les termes de «névrotique» ou de «psychotique», en fonction de la signification historique et économique de l'***épisode*** présenté.

Ce qu'on connaît du contexte habituel à certains mécanismes de défense, ou bien ce qu'on sait du sens courant donné à un certain niveau régressif du Moi ou de la libido nous conduit parfois à parler trop vite de «structure névrotique» ou de «structure psychotique», ou plus simplement de «névrose» ou «psychose», dès qu'on rencontre un épisode au cours duquel émergent de tels mécanismes ou de telles régressions.

On anticipe de la sorte dangereusement sur la notion de structure en qualifiant déjà de «névrotique» ou de «psychotique» un état momentané de l'évolution (ou de la révolution) d'une personnalité, état encore bien inconsistant et bien incertain, au cours duquel le Moi n'a pas encore entièrement achevé sa maturation, établi solidement sa complétude et ses limites, ni fait un choix non plus de façon définitive parmi les mécanismes de défense auxquels on aura recours par prédilection pour commander sa relation d'objet intérieure.

À l'extrême, l'erreur et surtout la précipitation que nous dénonçons conduit à désigner en terme de «structures» une indifférenciation somato-psychique plus ou moins partielle et encore mal dépassée.

Un tel emploi de termes se référant à un mode d'organisation ultérieur et non atteint, plus élaboré et beaucoup plus fixé, constitue pour le moins une anticipation (et souvent une erreur de pronostic) susceptible de créer un certain nombre de confusions relationnelles, sociales et thérapeutiques. Quand une étiquette, parfois redoutable, a été placée à la tête de tel lit, il est par la suite difficile au patient d'échapper au rôle que tout le système médical, social ou éducatif lui a proposé. S'il s'y oppose, par son comportement ou une évolution non conforme aux prévisions, on risque de prendre sa légitime protestation pour une agressivité qu'on supporte mal narcissiquement et qu'on se sent conduit à réprimer.

Ce cas est courant chez les enfants ou les adolescents présentant des signes extérieurs pouvant évoquer la lignée psychotique. C'est aussi le cas, chez l'adulte, de certains états passagers avec des identifications mouvantes, ou même un relatif flottement du sens de l'identité, par exemple dans la période qui suit un accouchement, un traumatisme, une intervention chirurgicale (à cœur ouvert en particulier). Tout ceci peut amener quelques modifications du schéma corporel et mobiliser aussi des décharges pulsionnelles importantes sans qu'il soit possible de parler de fond structurel psychotique. Il ne s'agit que d'un simple épisode, souvent sans suite, n'engageant pas la structure.

Même les termes de «prépsychose» ou de Moi organisé de façon «prépsychotique» ou «prénévrotique» ne peuvent convenir. Ces appellations doivent être rigoureusement réservées déjà à des lignées structurelles dont on est déjà certain qu'elles ont toutes les chances de demeurer définitivement fixées à

l'un ou l'autre mode d'organisation et d'évolution tels que nous les définirons plus loin.

Les deux termes de « névrotique » ou « psychotique » (ou plus simplement névrose ou psychose) s'emploient également de façon habituelle pour désigner une ***maladie***, c'est-à-dire l'état de décompensation visible auquel est arrivée une structure par la suite d'une inadaptation de l'organisation profonde et fixe du sujet à des circonstances nouvelles, intérieures ou extérieures, devenues plus puissantes que les moyens de défense dont il dispose. Si le diagnostic est posé correctement quant aux données économiques profondes, et non seulement sur des signes extérieurs de surface, l'emploi des termes « névrotique » ou « psychotique » se trouve ici légitime dans la mesure où il se réfère justement à la structure authentique du patient.

Mais en dehors du problème des malades en évolution ou en traitement, il existe de nombreuses façons d'utiliser à bon escient les qualificatifs de « névrotique » ou de « psychotique », en se référant justement à la notion de ***structure*** dont la maladie n'est qu'un des aléas évolutifs, mais non le seul.

S. Freud, dans ses « Nouvelles Conférences », nous dit que si nous laissons tomber à terre un bloc de minéral sous forme cristallisée, il se brise, mais pas d'une façon quelconque ; les cassures s'opéreront selon des lignes de clivage dont les limites et les directions, bien qu'invisibles extérieurement jusque-là, se trouvaient déjà déterminées de façon originale et immuable par le mode de structure préalable dudit cristal.

Il en serait de même pour la structure psychique. Peu à peu, à partir de la naissance (et sans doute avant), en fonction de l'hérédité pour certains facteurs, mais surtout du mode de relation aux parents dès les tout premiers moments de la vie, des frustrations, des traumatismes et des conflits rencontrés, en fonction aussi des défenses organisées par le Moi pour résister aux poussées internes et externes et des pulsions du Ça et de la réalité, peu à peu le psychisme individuel s'organise, se « cristallise » tout comme un corps chimique complexe, tout comme un cristal minéral, avec des lignes de clivage originales et ne pouvant plus varier par la suite.

On aboutirait ainsi à une véritable *structure* stable dont les deux modèles spécifiques sont représentés par la structure névrotique et la structure psychotique.

Tant qu'un sujet répondant à l'une ou l'autre structure n'est pas soumis à de trop fortes épreuves intérieures ou extérieures, à des traumatismes affectifs, à des frustrations ou à des conflits trop intenses, il ne sera pas « malade » pour autant. Le « cristal » tiendra bon. Mais si, à la suite d'un événement quelconque, le « cristal » vient à se briser, cela ne pourra s'effectuer, que selon les lignes de force (et de rupture) préétablies dans le jeune âge. Le sujet de structure névrotique ne pourra développer qu'une névrose et le sujet de structure psychotique qu'une psychose. De la même façon, inversement, pris en traitement à temps et correctement soignés, le premier sujet ne pourra se retrouver en bonne santé qu'en tant que structure névrotique à nouveau bien compensée, et le second qu'en tant que structure psychotique à nouveau bien compensée. Cette façon de voir les choses ne doit conduire à aucun jugement

pessimiste ; il s'agit d'une simple prise de conscience des réalités psychologiques universelles et quotidiennes.

La stabilité des structures vraies implique également du même coup une impossibilité foncière de passer de la structure névrotique à la structure psychotique (ou inversement) à partir du moment où un Moi spécifique est organisé dans un sens ou dans l'autre. La plus « névrotique » des psychoses et la plus « psychotique » des névroses n'arriveront jamais à se rencontrer sur une lignée commune d'organisation du Moi. Dans la structure névrotique, l'élément immuable demeure l'organisation du Moi autour du génital et de l'Œdipe ; le conflit se situe entre le Moi et les pulsions, le refoulement des représentations pulsionnelles domine les autres défenses ; la libido objectale se trouve en cause et le processus secondaire conserve un rôle efficace respectant la notion de réalité. Dans la structure psychotique au contraire, un déni (et non un refoulement) porte sur toute une partie de la réalité, c'est la libido narcissique qui domine, le processus primaire qui l'emporte avec son caractère impérieux, immédiat, automatique ; l'objet est fortement désinvesti et il apparaît, selon les formes cliniques, tout un éventail de défenses archaïques coûteuses pour le Moi.

Bien sûr, en psychopathologie, il n'existe pas que les deux seules lignées psychotiques et névrotiques. D'autres organisations seront décrites plus loin comme occupant une ***position intermédiaire*** entre la structure névrotique stable et la structure psychotique stable : il s'agit de toute la vaste catégorie des états limites avec leurs aspects dépressifs ou phobiques et leurs aménagements dérivés sous forme de perversions ou de maladies du caractère.

Mais « position intermédiaire » veut dire ici situation nosologique proche de l'une ou de l'autre des deux grandes structures tout en demeurant entité spécifique et en ne pouvant nullement constituer un terme de passage de l'une à l'autre des structures étudiées plus haut.

Par contre, cette lignée intermédiaire se présente comme une organisation plus fragile que les deux autres structures et non comme une « structure » authentique, fixe et irréversible. Si l'expérience clinique confirme que ni la structure psychotique ni la structure névrotique ne peuvent évoluer vers d'autres lignées structurelles, cette même expérience clinique montre (v. ch. 7) que la lignée intermédiaire, organisation plus ou moins confortable et non réellement structurée au sens figé du terme peut par contre, à tout moment, se cristalliser définitivement dans l'un des cadres voisins et plus solides constitués par la lignée névrotique ou la lignée psychotique.

BIBLIOGRAPHIE

BERGERET (J.) — Les états limites. In *Encycl. Méd.-Chir,* Psychiatrie, tome III, 37 395 A 10, 1970, Paris, pp. 1-12.

BERGERET (J.) — *Personnalité normale et pathologique,* 1974, Dunod, Paris.

DIATKINE (R.) — Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant. In *Psychiatr. Enfant,* 1967, n° 1, pp. 1-42.

FREUD (S.) — *Nouvelles conférences sur la psychanalyse,* 1932*,* Gallimard, Paris, 248 p.

GREEN (A.) — Pour une nosographie psychanalytique freudienne. *Conf. lnst. Psychanal.,* Paris, 1962.

10 STRUCTURES NÉVROTIQUES

J.-Paul CHARTIER

NOTION DE NÉVROSE

La névrose est apparue relativement tard dans les descriptions cliniques et seulement à la fin du siècle dernier. Cette entité clinique a eu beaucoup de mal à se dégager :

– Des maladies nerveuses proprement dites (épilepsie, maladie de Parkinson).

– De la folie elle-même, qu'en terme scientifique nous appelons psychose.

La névrose a en définitive acquis ses lettres de noblesse avec la psychanalyse.

Actuellement, cette entité a encore beaucoup de mal à récupérer une définition tant du point de vue théorique que clinique, d'autant plus qu'on peut penser qu'en dehors des psychoses et des états limites, elle concerne la plupart des structures courantes de la personnalité. De plus, si l'on a accordé une grande importance à la classification américaine (DSM), on peut dire maintenant qu'elle correspond à une autre culture psychologique et psychiatrique.

Il est vrai que toute définition de la névrose est hypothéquée par une ambiguïté essentielle : Parle-t-on d'une névrose individuelle ou d'une névrose familiale? Notre option se situe dans une vision unitaire de la névrose. Les chemins qui nous permettront d'y parvenir demandent dans un premier temps du moins de les distinguer car il va de soi qu'une névrose individuelle prend une connotation particulière dans le cadre d'une névrose familiale.

Névrose individuelle

Acception classique de la névrose ou névrose selon la première topique freudienne

Elle est toute entière fondée sur le principe du refoulement hystérique. Ainsi Freud, dans le cas Elizabeth Von Ritter, raconte l'histoire d'une femme qui se surprend à penser que son beau-frère sera «libre» après le décès de sa sœur. Cette pensée insupportable est refoulée et ne laissera apparaître des rejetons symptomatiques qu'après la mort de sa sœur. Freud les décryptera et permettra à Elizabeth de remonter jusqu'à la motion refoulée.

D'où cette idée simple, référence implicite majeure de la névrose : puisque la prise de conscience permet de guérir les symptômes, la névrose est le produit du refoulement, un refoulement qui concerne essentiellement la sexualité.

En réalité la situation n'est déjà pas aussi simple car cette conception hystérique utilise sans y prendre garde et sans en tirer de conséquences l'arrière fond œdipien et le désir incestueux.

Elizabeth ne perçoit pas seulement un désir sexuel inavouable, elle rejoue un scénario œdipien triangulé qui comporte un désir incestueux tout à fait essentiel et qui risque de passer inaperçu. « L'incestueux » représente un au-delà du sexuel que seule la deuxième topique freudienne peut appréhender dans toute sa dimension d'où les illusions théoriques et thérapeutiques de la conception hystérique simplifiée de la première topique.

Conception contemporaine de la névrose ou névrose selon la deuxième topique freudienne

Sa symptomatologie est beaucoup plus floue d'où une très grande difficulté diagnostique. On est en général en face d'un malaise où se confondent avidité et frustration au point que dans un premier temps du moins on pourrait considérer que la névrose se caractérise par une volonté de récupérer à tout prix les jalons manquants d'une évolution libidinale bien conduite.

Les avatars pathologiques ne seraient, dans cette perspective, que les aléas inhérents à la constitution des destins vitaux.

Un premier point de repère se dessine cependant d'une manière plus ou moins évidente mais toujours perceptible : le caractère insatiable de la demande d'une avidité telle qu'aucune « revanche » n'est jamais capable d'y faire face. Cette quête insatiable peut prendre des formes extrêmement variées aussi bien hystériques que caractérielles, voire paranoïaques *a minima*. À l'inverse la dépression névrotique peut être au premier plan cachant mal une quérulence rageuse, enfermée dans « le tout ou rien » ou bien encore tapie dans une omnipotence passive plus ou moins obsessionnelle et difficile à débusquer. Ce repérage fondamental ne doit pas faire oublier l'étendue de la légitimité revendicative. Le renoncement par le « désêtre » n'est pas un programme acceptable dans le destin névrotique. Par contre la prise en compte de cette double polarité permet d'envisager les carences, voire les traumatismes infantiles, d'une manière plus ouverte et de réenvisager d'un autre œil les causes infantiles censées pouvoir tout expliquer. Ainsi les conséquences des frustrations infantiles apparaissent davantage comme des manques à élaborer, des difficultés à mettre en route un travail de deuil que comme des ressorts impénitents et refoulés.

Inconscient de la névrose

Un inconscient double. L'inconscient secondaire de la première topique, produit du refoulement. L'inconscient primaire dont l'émergence essentielle est le Ça.

Le Moi devient partiellement inconscient, l'érotisation d'un Surmoi sadique en fait un comparse encombrant et les forces névrotiques ne sont plus seulement le produit secondaire du refoulement mais bel et bien en prise directe avec le Ça dans sa toute puissance désordonnée. C'est l'énergie libre.

Le repérage de l'omnipotence pulsionnelle pourra être décrit sous forme de violence fondamentale (J. Bergeret). Donc, avant l'émergence de la sexualité infantile.

Le repérage de la dépendance, à la fois refusée et forcenée, une sorte d'attitude régressive que d'aucuns décriront telle une libido en quête d'objet (Fairbairn).

Ces deux points de vue qui nous ont paru repérer les mouvements essentiels de l'avidité apparente prennent une forme particulière dans l'inconscient.

Ils constituent d'abord deux types de relation d'objet bien différents qui, comme Freud semble l'anticiper dans son article de 1914 « Pour introduire le Narcissisme », préfigurent une sorte d'empreinte préalable à la constitution triangulaire de l'Œdipe. Plus encore leur condensation concourt naturellement au désir incestueux : comment en effet l'enfant, privé d'arguments biologiques convaincants aurait-il l'outrecuidance de s'immiscer dans la problématique des désirs parentaux ?

Il lui faut de solides raisons telles la conjugaison d'une omnipotence pulsionnelle sans borne et d'une volonté forcenée de retour à une dépendance de type fœtal[1].

Ainsi le désir incestueux fondateur de l'Œdipe est le prototype de la névrose typique.

Formations incestueuses symboliques

Déjà fort complexe la situation se complique souvent dans la mesure où les rejetons incestueux ne sont plus seulement des éléments plus ou moins régressifs d'un conflit œdipien mal engagé, peu conflictualisé, à peine ou pas du tout élaboré mais des phénomènes actifs issus de l'inconscient des parents et qui produisent ce que nous pourrons appeler des « formations incestueuses symboliques » qui figent les processus d'identification dans des systèmes de répétition plus ou moins inextricables.

1. Plusieurs remarques peuvent être faites à ce sujet : a. On sait qu'il existe un débat entre les tenants d'un Œdipe génétique et ceux qui considèrent au contraire que l'Œdipe se reconstitue à chaque génération, position, pour le moins, plus vivante. L'hypothèse formulée d'une sorte d'empreinte préalable de l'Œdipe pourrait constituer une voie d'exploration. b. Devant l'absence de détermination instinctuelle chez le petit de l'homme, il semble n'y avoir que deux voies possibles : – celle de l'investissement pulsionnel : une sorte de « tout pulsionnel omnipotent » ; – celle du retour à la dépendance absolue. c. C'est bien ce qui est noté chez l'enfant qui passe du caprice omnipotent à la soumission la plus totale. Comme s'il était livré aux extrêmes tant qu'il n'a pu introjecter des identifications plus stables. On peut même se demander si ces allers et retours de la toute puissance à la dépendance la plus absolue ne caractérisent pas le temps de l'enfance à la fois si dramatique et si long. d. Enfin, dans le débat qui oppose les tenants du « tout objectal » dès la naissance (kleiniens) et les autres, plus freudiens, qui tiennent au narcissisme anobjectal (« Mais s'il existait, comment serait-il possible de s'en sortir un jour… ? » émettent avec raison Laplanche et Pontalis dans le *Vocabulaire de la psychanalyse*), la solution de deux positions anobjectales avec oscillation de l'une à l'autre, pourrait apparaître comme une issue d'autant plus envisageable qu'elle contient à la fois une dynamique interne et leur propre garde-fou. Ainsi l'omnipotence devient la limite de la dépendance et inversement.

On le voit on est là, déjà, de plein pied dans une situation de névrose familiale qui n'est, en définitive, qu'un cas particulier de névrose mais un cas particulier qui conduit le plus souvent aux états névrotiques les plus pathologiques voire au-delà vers les états limites et même la psychose.

Névrose familiale

On pourrait dire que par définition il y a névrose familiale lorsque le désir incestueux de l'enfant est repris en miroir par les parents qui deviennent partie prenante dans ce désir.

Dans la mesure où tous les parents du monde ont à voir avec ce désir et qu'il n'existe probablement pas de situations « pures » dans lesquelles le désir incestueux de l'enfant ne se trouve pas d'une manière ou d'une autre en état de complicité avec l'adulte, ne serions-nous pas obligés de conclure que toute névrose est d'emblée une névrose familiale?

N'est-ce pas d'ailleurs dans ce climat de séduction réciproque (J. Laplanche) que peut se constituer un système pulsionnel du type amour-haine? La marge entre une complicité adaptée à l'enfant et la charge d'un investissement parental dépressif abandonnique ou dévorant, les deux le plus souvent, n'est sans doute pas toujours évidente.

Il existe cependant des situations où le lien incestueux symbolique prend toute la place et devient l'élément majeur de l'histoire d'une destinée (par exemple l'histoire que Romain Gary rapporte à propos de son enfance dans *La promesse de l'aube*).

Aussi est-il possible de dire que s'il existe un noyau névrotique typique, il existe aussi des situations incestueuses symboliques typiques liées le plus souvent aux dépressions parentales.

– *La partie visible* et symptomatique n'est souvent pas très révélatrice car elle se caractérise par des relations d'objet où dominent la maîtrise systématique et d'une manière plus cachée encore la dépendance réciproque. Ces deux éléments conditionnent des fonctionnements mentaux rigides avec parfois des révélations explosives, caractérielles, clastiques, voire plus graves encore.

– *La partie invisible* n'est souvent révélée que dans l'après coup ou au cours d'une psychanalyse. Il s'agit essentiellement d'interdits implicites majeurs dont la première conséquence est la stérilisation des échanges verbaux. Autant les enfants s'en donnent à cœur joie face aux interdits explicites autant les interdits implicites sont moins contournables. Non seulement il est implicitement interdit de parler de tout ce qui est sexuel mais également de tout ce qui a trait à une quelconque vie imaginaire. Quelquefois ces interdits touchent des tabous familiaux liés à des secrets de famille anciens ou récents (adoption, fratrie batarde, inceste, maladie, séropositivité au virus du sida) ou tout simplement tout événement extérieur qui risquerait de perturber le mode adaptatif familial et le cérémonial habituel qui en découle. Ainsi beaucoup d'enfants ne peuvent parler à leurs parents des événements qui font l'ordinaire des échanges familiaux (tracas scolaires ou relationnels, bobos et douleurs diverses, péripéties de l'entourage, voire apparition des règles).

Les formes les plus serrées de ces névroses familiales conduisent à une systématisation que nous emprunterons à la description faite par l'école de Palo Alto à propos du « double bind » qui de notre point de vue concerne essentiellement les névroses pathologiques. Nous retiendrons de ce « double lien » non pas l'aspect paradoxal qui nous paraît relever du jeu des apparences, plutôt l'opposition entre les injonctions explicites et implicites dont le rôle nous paraît radicalement différent. Cette contradiction apparente ne fait pas problème car les injonctions explicites (« grand garçon qu'attends-tu pour courir les filles ») sont faites pour montrer en permanence que le langage ne sert à rien.

Seules les injonctions implicites (« tu sais bien que tu n'es bien qu'avec ta mère ») sont entendues et constituent la trame des interdits implicites où se jouent les liens incestueux symboliques essentiels. S. Palazolli en est ainsi arrivée à décrire des fonctionnements familiaux de « disconfirmation » dans la mesure où l'entreprise névrotique familiale conduit à réduire au maximum toute représentation personnelle des affects et du monde.

Pour constituer une psychose il faut une rupture plus profonde des liens affectifs qui laisse libre court à des excitations terrorisantes[1]. Ainsi, la majorité de ces comportements appartiennent à la névrose.

On le voit également, par cette description symbiotique de liens mère-enfant nous sommes près du concept lacanien de forclusion portant sur le nom du père. Cette exclusivité maternelle comprend effectivement une exclusion — et pas seulement du nom — mais de l'image du père de l'enfant dans sa propre tête au profit de son père à elle, donc de son propre narcissisme.

En ce sens la valeur du père symbolique de l'enfant nous paraît effectivement primordiale mais caractérise par son absence essentiellement les névroses les plus pathologiques et non les psychoses. Pendant des années le mythe de la forclusion du nom du père comme étiologie essentielle des psychoses ne souffrait pas de contestation. Il apparaît aujourd'hui qu'il faille rendre à la névrose ce qui lui appartient.

Ainsi la réalisation incestueuse systématisée, fut-elle symbolique, qu'elle soit initiale ou réparatrice, constitue la base essentielle des névroses pathologiques comme Serge Leclaire l'a illustré lui-même à partir d'une observation de névrose obsessionnelle sous le vocable de « prison bien aimée ».

Reste à envisager la nature du lien qui relie ces formations incestueuses symboliques (voire incestueuse tout court) avec la dépression parentale. Il ne fait pas de doute que leur signification profonde est de l'ordre d'une addiction nécessaire, sorte de réparation pathologique de même type que le délire dans la psychose. Tout se passe en somme comme si dans ces cas « incestueux » l'emprise sur autrui n'avait pas pu s'exercer autrement c'est-à-dire d'une manière plus œdipienne. En ce sens on peut considérer le conflit œdipien comme l'expression d'un inceste « ouvert » qui se déplace essentiellement par

1. Voir « L'univers psychotique » (chapitre 11) concernant l'hypothèse de l'étiologique des psychoses (*cf.* p. 192).

des identifications complexes par opposition à l'inceste « fermé » des formations que nous venons de décrire dont le système d'identification apparaît beaucoup plus figé, passant des identifications les plus idéalisées aux plus mortifères sans beaucoup d'intermédiaires.

NOYAU ŒDIPIEN TYPIQUE

Le conflit sexuel de la névrose se situe donc au niveau génital de l'Œdipe même si les aptitudes défensives conduisent à emprunter les voies de régressions prégénitales (anales voire orales). Le conflit chez le garçon découle de la rivalité œdipienne avec le père dans le projet de conquête de la mère. Ce projet est abandonné en fonction à la fois des sentiments tendres existants vis-à-vis du père et de la crainte de mesure de rétorsion de ce dernier (castration). Joue enfin et surtout la place du père dans la tête de la mère.

L'interdiction du père est intériorisée, aussi on dit que le *Surmoi* est « l'héritier du complexe d'Œdipe ». En même temps l'identification à ce dernier projette sur l'avenir la possession de la femme. La masturbation infantile, sorte de participation hallucinatoire à la scène primitive, montre déjà l'implication d'une omnipotence sans faille du désir qui semble donner raison au Surmoi. Sa reviviscence à l'adolescence se trouve ainsi sous le coup d'une culpabilité considérable ; la crainte de destruction ou de maladie des organes génitaux, en relation avec la masturbation, est l'expression la plus évidente de l'angoisse de castration. Chez la fille la position n'est pas exactement symétrique en raison du changement d'objet (des soins maternels à l'amour du père) et de la castration anatomique.

Identifications œdipiennes

L'identification du petit garçon au père et de la petite fille à la mère sont les héritiers les plus évidents du complexe d'Œdipe. En réalité, ce ne sont pas les seules issues et la mise en place de cet héritage reste hautement problématique.

Tout d'abord ce mode de résolution du complexe d'Œdipe reste partiel, le désir incestueux subsiste quoique déplacé (*cf.* « Le blé en herbe » ou « Le dernier tango à Paris ») et c'est lui qui tombe sur le coup du Surmoi. Vu sous cet angle, les identifications aux parents du même sexe ne constituent qu'un destin particulier de l'investissement libidinal, insuffisant par rapport au retour inlassable de la pulsion dans son destin incestueux. Une des raisons en est que ces identifications « homosexuelles » ne vont pas de soi et sont même radicalement remises en cause, dans les deux sexes, et pour des raisons différentes.

Chez le garçon d'abord, l'identification au père met en question l'Œdipe inversé, c'est-à-dire la position féminine du petit garçon vis-à-vis du père. Or cette position est difficilement tolérée dans la mesure où elle stipule la castration.

Chez la fille, l'identification à la mère œdipienne n'est pas simple non plus car dans son ombre se profile l'image de la mère phallique préœdipienne. En

particulier l'identification homosexuelle a beaucoup de mal à faire sa place au travers des arcanes de la maîtrise et de la dépendance qui caractérisent cet imago.

Mais il existe une troisième issue, sorte de voie de traverse qui prend une place considérable, c'est *l'identification au parent du sexe opposé.*

Qu'elle soit l'héritière naturelle de l'Œdipe inversé ne suffit pas à en rendre compte. Sa place est telle dans l'issue de l'Œdipe qu'on doit même à son propos parler d'identification œdipienne directe quoique hétérosexuelle. En effet, s'il y a renoncement à la réalisation incestueuse, l'identification hétérosexuelle n'en permet pas moins de conserver des liens privilégiés avec le parent œdipien ou du moins avec son image.

Il n'est pas question de considérer ce type d'identification comme pathologique. Il est en réalité très nécessaire à l'accomplissement de la vie libidinale hétérosexuelle : le coït dans les deux sexes nécessite en fait les deux types d'identification féminine et masculine. Il ne préjuge pas non plus de l'identification homosexuelle qui l'accompagne.

Ainsi certaines femmes, viriles dans leur vie sociale, n'en conservent pas moins dans le même temps une position féminine dans leur vie privée. À l'inverse, lorsque l'identification homosexuelle n'est qu'ébauchée, la féminité est revendiquée sur le plan social pour éponger l'échec, la virilité sur le plan privé pour l'assurer.

Si certains hommes craignent de perdre leur virilité en mettant un tablier de cuisine, d'autres revendiquent et réalisent « leur maternité » auprès de leurs enfants. Ces attitudes dans un sens comme dans l'autre ne préjugent en rien de celles qu'ils peuvent avoir en position virile.

Mais là encore, il faut faire une distinction entre les hommes et les femmes. En effet, l'identification virile de la femme est essentiellement œdipienne, c'est-à-dire proche de son issue génitale, d'où la prépondérance des phénomènes hystériques chez la femme. Chez l'homme, l'identification maternelle comporte de tels relents de la phase préœdipienne que l'identification hétérosexuelle est saturée en imagos beaucoup plus archaïques. L'analité défensive et en même temps identificatoire à la maîtrise de la mère phallique prend une place prépondérante, d'où l'issue préférentielle vers la névrose obsessionnelle et son lâchage que représentent les perversions.

La bisexualité, enfin, explique qu'on peut inverser toutes les situations décrites et que l'hystérie et la névrose obsessionnelles, s'ils sont statistiquement prépondérants, la première chez la femme et la seconde chez l'homme, n'en coexistent pas moins dans un sexe comme dans l'autre.

Le pulsionnel œdipien

Mais il faut aller bien au-delà encore et décrire deux destins très différents de l'omnipotence pulsionnelle.

D'une part, le Moi-pulsion ne cessera jamais de revendiquer son inextinguible soif d'exister à travers la réalisation de ses désirs pulsionnels et narcissiques. Cet attelage possède en lui-même une contradiction qui ne manquera pas de

faire problème même si les premières acquisitions de l'enfant semblent pouvoir rallier les deux points de vue. Le pulsionnel devient inévitablement trop encombrant pour un Moi qui ne peut pourtant exister sans lui. Cette catastrophe latente, qui alimente la partie dépressive chère aux Kleiniens, utilise toutes les issues pour s'en sortir : projection, refoulement et organisation du noyau hystérique.

En somme, après une période de connivence du pulsionnel et du narcissique, leur cohabitation devient problématique et provoque la mise en place de systèmes de défenses très diversifiés face aux angoisses et à la dépression latente qui en résulte.

Mais, d'autre part, ces aménagements seraient encore insuffisants si le Moi-pulsion n'avait dû abandonner une partie de son emprise à une fonction narcissique autonome. Il trouvera preneur dans la démarche quasiment consciente du « bébé explorateur » qui utilise dès la naissance ses autres orifices (nez, yeux, oreilles) pour explorer le monde. La toute puissance envahira progressivement cette investigation au nom d'un soi créatif qui veut exister par lui-même et arrive à se décaler de la pure satisfaction au profit de la seule omnipotence. Le pur plaisir de s'opposer au monde par le « non » (18 mois) devient une satisfaction suffisante qui, au-delà de la réalisation du désir, introduit dans ce décalage la toute puissance de la pensée. Vécue d'abord dans l'agir (et l'inconscient) elle pourra, éventuellement, être récupérée par la pensée dans un après coup plus significatif ouvert sur toutes les élaborations possibles.

Le monde obsessionnel, caractérisé par la folie du doute, est l'expression de cette folie omnipotente de la pensée qui peut faire du rationnel un rejeton beaucoup plus fou qu'on pourrait le croire (Edgar Morin) et arrime du même coup le contrôle omnipotent à un développement naturel de l'insatiable pulsionnel.

On peut ainsi décrire deux lignées (Platon n'a-t-il pas parlé de l'hybris du haut et de l'hybris du bas?) :

– Celle de la toute puissance de la pensée qui plonge ses racines dans l'inconscient beaucoup plus qu'on pourrait le croire (la pulsion épistémophilique de Bion) et donne lieu à toutes les formations de caractère, et au caractère lui-même qui constituera un des éléments essentiels de la personnalité, allant des organisations obsessionnelles au fanatisme ordinaire. Cette partie peut subir des aménagements mais constituera un socle dont la plasticité restera aléatoire tant le narcissisme a besoin de s'y accrocher pour assurer la continuité de lui-même. Freud parlera des pulsions de Moi. On comprendra que cette position « narcissique » devienne un refuge en soi dès lors que le conflit œdipien a de la difficulté à être abordé (traumatisme psychique lié à un émoi pulsionnel précoce et excessif).

– Celle du noyau hystérique qui, à l'abri de l'inconscient secondaire (celui de la première topique), continuera de se développer :

• D'une part, avec le théâtre inconscient du conflit œdipien mais aussi des éléments préœdipiens préalables qui ne font parler d'eux d'une manière évidente qu'à travers les séquelles de traumatismes ou de carences graves

subies peut-être même déjà *in utero* (J. Bergeret et M. Houser). Freud, n'a-t-il pas découvert l'inconscient grâce au préalable du Préconscient traumatique?

• D'autre part, avec l'émergence de l'autoérotisme qui est à la charnière à la fois du Moi et de l'extérieur, du corps et de la pensée, de l'inconscient et du conscient. C'est dire son importance capitale dans le développement du Préconscient.

On comprendra aussi que le noyau hystérique, moins inconscient qu'on ne pourrait le croire, et la toute puissance de la pensée, beaucoup plus inconsciente qu'on ne pourrait le croire, développent des relations plus ou moins inextricables dans lesquelles l'un peut habiter dans l'autre (n'est-ce pas cette confrontation qui peut produire aussi bien un symptôme, une œuvre, ou un caractère?). Même si la plupart du temps, on peut repérer en soi les moments de notre hystérie dont la créativité peut du moins se régaler d'un exhibitionnisme profitable, et les moments où notre rumination «fanatique» plus ou moins obsédante ou obsessionnelle nous ronge de l'intérieur.

Il est également possible d'envisager l'hypothèse de dissociations extrêmes entre ces deux lignées lorque, pris dans un naufrage, le psychisme ne sait plus à quel saint se vouer, le corps voulant sa vie de son côté et la pensée de l'autre, cela dans un brouillard intense pouvant aller du dédoublement des imagos au dédoublement du Moi. Toute une gamme de dissociations moins traumatiques peuvent se produire jusqu'à la dissociation créative qui fait de l'inspiration une sorte d'émergence productrice du noyau hystérique dont il est possible de garder le contrôle, tout en se laissant porter par une force qui vient de nous sans être tout à fait nous-mêmes.

Castration œdipienne

La castration œdipienne s'incruste bien évidemment dans le destin biologique de la différence des sexes et le Surmoi masculin en conservera une rigueur que n'atteint pas son homologue féminin. En réalité la crainte concernant l'intégrité corporelle de son appareil génital existe aussi chez la femme et elle est décuplée vis-à-vis de sa progéniture.

Cette crainte de la mesure de rétorsion ne doit pas faire oublier le contexte de la maturation œdipienne ni les résonances qu'entraîne la castration dans l'organisation psychique et l'univers qui en découle. On peut reconstituer cette maturation, au travers des arcanes du refoulement, comme un renoncement à la toute puissance infantile de possession incestueuse, au moins pour partie, au profit de l'acquisition d'un Surmoi plus ou moins rigide et d'identifications plus ou moins problématiques. Ceci avec pour corollaire chez l'homme : je n'ai pas «le» phallus, et chez la femme : je ne suis pas «le» phallus (*cf.* l'économie hystérique). En réalité, il s'agit là d'une première approximation car ce serait ne pas tenir compte du formidable renversement que comporte cet échange de «bon procédé».

D'une part, le psychisme ne se résout jamais à se déposséder complètement d'un de ses moyens d'action — et encore le fait-il douloureusement. Ainsi la mégalomanie est un personnage, qui pour rester dans l'ombre, n'a de cesse de s'aménager un nouvel emploi (par exemple au niveau de l'Idéal du Moi).

D'autre part, l'entrée dans l'Œdipe — soit dit en passant une fois rentré dans l'Œdipe, on n'en sort plus, la névrose s'aménage, l'Œdipe ne se résout pas — est le début d'une histoire singulière dans la mesure où les personnes qui y sont impliquées sont elles-mêmes individualisées. Les schémas d'organisations psychiques ne sont que des bornes autour desquelles s'entremêlent les destinées humaines et c'est en ce sens que la névrose constitue un destin spécifique et une porte d'entrée dans la finitude. L'acceptation de l'appartenance à un seul sexe et de l'irréductible issue mortelle en sont de surcroît les jalons principaux.

Mais la finitude est aussi le témoin de la démarche à rebours du psychisme humain qui ne peut communiquer avec le monde qu'après s'être préalablement enraciné dans un univers qui lui est propre, donnant lieu, fût-ce à travers des vestiges épars, à une véritable mythologie individuelle.

C'est en ce sens que, malgré les apparences, la psychanalyse n'est pas une aventure autour du nombril, en ce sens que, seule, la singularité authentique d'une œuvre d'art débouche sur l'universel.

Ainsi, le conflit entre le Surmoi et les pulsions sexuelles n'est que la trame la plus évidente sur laquelle se construit la névrose. Le refoulement qui en est la première conséquence, souvent dépassé par les événements, laisse place au symptôme qui n'est pas seulement une formation de compromis entre la pulsion et la défense mais une nécessité absolue de sauvegarde du narcissisme (insurrection plus ou moins hystérique).

Le théâtre inconscient est ainsi en crise perpétuelle dont la plasticité est la qualité essentielle. Les symptômes correspondent à une créativité prise de court qui recourt à des procédés d'urgence et par conséquent simplistes et inévitablement castrateurs. Ces trop pleins, exemplaires par leur banalité, sont des créations paradoxales qui, pour lutter contre l'impossible reddition de l'insatiable, s'automutilent par une sauvegarde rudimentaire et sont en définitive essentiellement des abcès de fixation. Les nécessités de cette contradiction vécue dans l'alternance de plaisir et de douleur (la belle indifférence de l'hystérie n'y échappe pas non plus), permet de comprendre à quel point le psychisme use des symptômes jusqu'à la corde et combien par conséquent ils ont la vie dure.

PRÉMISSES DE LA NÉVROSE

Si l'on convient de la réalité du conflit comme base inhérente à la vie psychique ordinaire, la névrose en est le dénominateur commun avec ou sans symptôme évident. C'est dire à quel point elle s'adresse à tout le monde, hors maladie mentale (les psychoses). Sans doute on peut se poser la question de savoir si cette prise de territoire est justifiée et s'il n'existe pas des états où la névrose est loin de pouvoir prendre le devant de la scène et, cela, pas uniquement dans les cas de « névroses traumatiques ». Tels les « états limites » qu'on pourrait caractériser par des aménagements narcissiques d'une très grande dépendance anaclitique et proche d'un état dépressif latent plus ou moins méconnu.

Angoisses et dépression sont le lot commun de l'humanité mais à des degrés extrêmement divers. Il nous appartient donc d'essayer de repérer ce qui appartient véritablement à la névrose et ce en quoi elle transforme le devenir psychique du traumatisme. De plus, il convient d'examiner aussi les organisations psychiques de caractère (faux self, fonctionnement opératoire, névroses de caractère) et d'essayer de préciser leurs rapports avec la névrose.

L'angoisse interne

Elle a été l'objet d'un premier débat théorique important : l'angoisse est-elle liée à un excès de refoulement ou au contraire à un refoulement insuffisant? Avec le développement de la deuxième topique (Ça/Moi/Surmoi), Freud a insisté sur l'incroyable vitalité de la pulsion. Ainsi, nous pouvons développer avec lui l'idée élémentaire «que nous naissons dans l'insatiable» comme une évidence qui est rarement prise en compte à la mesure des conséquences pourtant si terribles ou si ordinaires qu'elle engendre. Que l'angoisse, avec ou sans objet, soit liée à cet excès pulsionnel permet de reconsidérer d'un autre œil la question du refoulement. L'énergie libre de la pulsion est si insaisissable que, refoulement ou pas, l'angoisse fuse toujours de manière inconsidérée.

Il y a sans doute une grande différence entre le fait d'être submergé par ses affects, une sorte d'angoisse nue allant jusqu'à ce que l'on appelle maintenant l'attaque de panique et l'angoisse sournoise qui se fixe dans un organe allant de l'hypocondrie simple aux souffrances neuropsychologiques actuellement nommées neuropathies. Mais, le plus étonnant encore, c'est l'énergie des forces qui s'opposent à l'angoisse (les formations réactionnelles) et qui deviennent ensuite de véritables carcans de la vie psychique alors qu'elles n'auraient plus lieu d'être.

Deux points essentiels, à l'orée de la névrose, méritent d'être précisés :

Le premier, invisible, consiste à expédier le trop plein pulsionnel par projection. Cette projection constituera la mère phallique (la sorcière, le loup, l'ogre), imago présent dans la tête de tous les enfants du monde. Mauvais objet des Kleiniens, il sera à l'origine de toutes les phobies pour être réintrojecté ensuite partiellement et constituera le Surmoi archaïque dont la sévérité est sans bornes.

Le second point lié au «Moi dépendant» constituera «l'empreinte de l'attachement», tout du moins si l'environnement se prête à un attachement suffisamment vivant et stable. Les ethnologues comme Conrad Lorenz (1936), en tirent une conséquence qui est loin d'être négligeable : l'inhibition de l'inceste chez les animaux. Le fait que cette inhibition soit beaucoup moins efficace dans l'espèce humaine, donne à penser sur l'importance de l'énergie pulsionnelle humaine.

Cette empreinte de l'attachement inhibe aussi le Surmoi archaïque pour donner plus de place, à travers le conflit œdipien, au Surmoi œdipien qui peut devenir un allié.

Pourtant, malgré ce triple verrou, l'angoisse transgresse toutes les limites pour nous pétrifier sans que nous sachions forcément pourquoi. Et, quand un

facteur déclenchant est évident, c'est souvent « la goutte d'eau qui fait déborder le vase ». La soi-disante « névrose d'angoisse », latente, se révèle comme un mal-être remontant le plus souvent de l'enfance. Une sorte d'immaturité relevant plus des états limites que de la névrose.

C'est pourquoi, vouloir réduire l'angoisse à un élément réactionnel et comportemental ignore la réalité du psychisme humain qui a toujours besoin d'un investissement inextinguible. L'activité artistique elle-même, si vantée pour ses qualités de sublimation, n'intéresse guère si elle n'exprime que le beau et pas suffisamment le « terrible » (Rilke).

On pourrait croire que la névrose réussie est celle qui, dans la belle indifférence de l'hystérique par conversion (mais parfois à quel prix), arrive à juguler l'angoisse.

D'autres formes plus réussies de l'hystérie coûtent moins cher mais n'en continuent pas moins de jouer avec l'angoisse.

En ce qui concerne l'obturation par la toute puissance de la pensée, elle est remise en cause par l'émergence du doute dont l'obsessionnel aime à jouer à l'infini.

Seules les organisations de caractères semblent pouvoir nier l'angoisse et récusent tous ces jeux incompréhensibles qu'elles fuient comme la peste. Ainsi, la dépression latente qui peut les surprendre au détour du chemin, est considérée comme une fin du monde.

L'élaboration psychique et le ludique préconscient qui, par le jeu de l'impossible, conduisent à la dérision et à l'humour, semblent être les remparts les plus souples et les plus efficaces face à l'inextinguible appétit pulsionnel dont l'angoisse est le résidu inévitable.

L'orage traumatique - l'angoisse externe

C'est une véritable effraction du Moi venue de l'extérieur qui effondre les limites de l'autoérotisme au sens large du terme, comprenant l'intégrité du corps, de sa famille et de ses amis, de sa tanière, voire de son pays. L'angoisse n'est plus seulement un produit interne mais, une horreur qui risque de nous envahir du dehors en réveillant, malgré toutes les barrières mise en place (déni, indifférence ou au contraire, agressivité indifférenciée), des zones de violence de plus en plus archaïques. Le télescopage du dehors et du dedans peut provoquer des états de confusion mentale et de dépersonnalisation intenses.

Au minimum, l'angoisse provoque une véritable sidération de la vie psychique qui peut durer. Marguerite Duras l'avait bien compris en rédigeant ces mots : « dans mon enfance le malheur de ma mère a occupé le lieu du rêve » (*L'Amant*).

Que l'on insiste sur le côté « stress » et son versant neurobiologique, ou sur le coté « trauma » et ses remaniements en direct du narcissisme inconscient, la diversité des individus et des situations ne suffisent pas à désagréger les éléments essentiels de ce que l'on appelle maintenant pudiquement un « syndrome psychotraumatique ». Deux éléments restent à peu près constants :

– d'une part, le caractère éminemment salvateur de la verbalisation précoce et empathique comme s'il s'agissait d'une nouvelle naissance qu'il fallait absolument prendre en charge au plus vite exactement comme la première personne qui nous parle dans un lieu ou un milieu absolument étranger ;
– d'autre part, le caractère tardif, dans l'après coup, de la majorité des symptômes (détresse, rumination, indifférence, troubles du sommeil, somatisations, dépression) même chez des personnes qui semblaient avoir relativement bien digéré le traumatisme récent.

N'est-ce pas d'ailleurs cette « fixation morbide », incongrue, qui a, à la suite de Janet, permis à Freud de pénétrer plus avant dans l'incroyable imbroglio de l'inconscient, lui faisant même prendre les fantasmes de séduction pour des scenarii réels, dans un premier temps du moins?

Tout se passerait comme si, au moins la nuit, l'inconscient remettait inlassablement, au travail dans le rêve les affects traumatiques, espérant une intervention quasi chirurgicale, qui, par la catharsis du cauchemar, viendrait enfin délivrer le sujet de cette attaque en règle.

Il n'est pas sûr que le néant des origines (L. Crocq) et la crainte de la mort, voire la transgression d'y avoir échappé et la culpabilité vis-à-vis de ceux qui sont morts, soient les facteurs les plus insidieux de ce qu'il faut bien, malgré tout, appeler une « névrose traumatique » tant les rapports avec l'inconscient sont difficiles à élucider, mais réels. Qu'une énergie tutélaire, quelle qu'elle soit, ait osé s'avérer plus efficace et plus turbulente que notre pulsion omnipotente et ses constructions, fussent-elles précaires, est une problématique qui, après la sidération initiale, reste inélaborable et par conséquent ne peut cesser désormais de risquer de se reproduire, mettant à mal les dénis qui nous protègent habituellement.

C'est la raison pour laquelle un deuxième traumatisme peut avoir un impact désorganisateur tel qu'il ne puisse plus être élaboré facilement et conduise à un état dépressif bien au-delà de l'élément réactionnel (*cf.* Les états limites).

On retrouve par ailleurs ces états de catastrophe dans des situations de crise aiguës de la vie psychique et encore davantage chez les personnes fragilisées par un manque d'empreinte de l'attachement. La volonté de dominer la situation est alors presque émoussée par rapport à la seule issue qui leur paraît possible : se mettre à l'abri au creux du sein maternel.

Du coup cette « fixation morbide » semble avoir pris la place de l'hystérie. A moins de s'être débrouillée pour en avoir pris de ci de là les défroques. Défroque externe de l'inhibition, de la somatisation voire de la conversion plus ou moins efficace. Défroque interne qui, par la levée du refoulement qu'elle provoque, laisse émerger le noyau hystérique dans des productions qui peuvent être sinon géniales du moins cathartiques pour le patient.

Si, toutefois il arrive à récupérer suffisamment de repère de résilience, diraient les éthologues, pour ne pas se laisser submerger par les affects du désespoir au point de considérer que tout avenir est irrémédiablement bouché. L'énergie libre est une richesse dont l'hystérie ne cesse de s'alimenter. Avec le traumatisme, cette énergie venue d'ailleurs vient fausser la donne. L'alternance d'exaltation et de pétrification en est sans doute l'ultime image, contradictoire

et inattendue. L'alliance du noyau hystérique et du résiduel traumatique peuvent conduire à des fascinations extrêmes dont il est parfois difficile de se démettre tant elles peuvent donner du grain à moudre à la pensée magique. Tel « le syndrome de la résurrection » qui peut prendre des aspects très divers mais nous fait douter d'une névrose authentique.

La dépression

Hors du délire d'indignité, de la mélancolie, elle paraît aller de soi face à tout événement difficile, toute crise, tout échec et, *a priori*, tout traumatisme. C'est souvent le cas mais il importe, face à toute dépression réactionnelle, d'aller voir ce qui peut se cacher derrière des troubles névrotiques dont la souffrance est déniée. Une dépression latente qui remonte à l'enfance signe un « état limite » dont les éléments névrotiques restent rudimentaires. Mais, elle peut apparaître aussi dans un ciel clair alors que la plupart des difficultés de la vie sont surmontées et en particulier lors du passage à la retraite. La disparition des soucis qui fixaient l'angoisse est l'élément le plus souvent retrouvé. La perte de projet immédiat vient confirmer la béance de la vie psychique qui ne se reconnaît plus.

L'hyperactivité peut aussi cacher une dépression latente qui, une fois déclarée, peut prendre d'emblée une forme somatique parfois sans éléments psychiques : c'est l'hypochondrie dépressive. Une fatigue matinale intense, un syndrome douloureux itératif, le plus souvent variable dans le temps mais généralement fixé sur un organe précis, auxquels ne se joint pas toujours la clinique dépressive habituelle, doit de toute manière demander un inventaire médical.

La clinique dépressive est à multiface :

– Une sous-estimation de soi-même et l'incapacité d'investir un autre objet que la dépression elle-même.

– Une détresse permanente proche de l'angoisse que la dépression ne calme pas, alimente plutôt un cercle vicieux qui paraît irréductible.

– Un mal être dans son propre fonctionnement mental, tant la rumination prend le dessus sur toute autre activité psychique. Le dépressif n'a plus d'énergie alors qu'il passe son temps à l'utiliser en se rongeant de l'intérieur et sans même s'en rendre compte.

– La fatigue matinale s'améliore dans la journée et semble liée aux insomnies et aux cauchemars souvent inconscients qui peuplent les nuits développant un nouveau cercle vicieux redoutable.

– Les conduites alimentaires sont variables, anorexie ou boulimie mais cette dernière est plus fréquente dans les dépressions larvées.

– La libido perd totalement de son intérêt. Un retour du désir libidinal est plutôt le signe d'un retour à la normale.

Dépression et mélancolie

L'intensité de la dépression doit être appréciée avec soin ne serait-ce que pour éliminer une mélancolie inapparente qui doit absolument être diagnostiquée

en raison des mesures à prendre pour essayer de contrôler le risque de suicide qui devient alors considérable. La plupart des patients mélancoliques ne révèlent pas leur délire d'indignité de la manière la plus évidente : « Docteur, coupez-moi la tête, j'ai volé une savonnette il y a 20 ans. » Le « je ne mérite pas d'exister » reste ambigu tant le fantasme suicidaire ne concerne pas que les mélancoliques. C'est la profondeur de la dégradation de l'image de soi qui doit être appréciée avec doigtée. Le fantasme de fin du monde accompagnant le suicide peut parfois aider.

L'économie de la dépression se situe à la croisée de plusieurs chemins :

– Une blessure narcissique qui redouble la perte d'objet.

– La précarité et la rigidité des identifications.

– L'insignifiance de l'idéal du soi et du Surmoi œdipien.

– Une sorte de désespoir défi qui consiste à vouloir tout détruire puisque les objectifs du Moi grandiose paraissent hors de portée, comme « une coquille journalistique qui refuserait à son auteur le droit d'être corrigée pour lui montrer qu'il n'est qu'un piètre auteur » (Kierkegaard).

Ce qui soit dit en passant est une manière de renoncer au Moi grandiose sans y renoncer vraiment. Sinon, pourquoi passerions-nous tant de temps à nous dénigrer inutilement? L'écrivain Cioran n'a-t-il pas fait du « Moi grandiose à l'envers » son délice de prédilection?

La dépression devient beaucoup plus utilisable dès lors qu'on peut faire percevoir au patient qu'il participe lui-même, ne serait-ce que par le défi, à sa dépression, ouvrant la porte aux remises en cause.

La dépression est-elle seulement une névrose ?

A priori, la dépression est l'antinomie absolue de l'hystérie tant du côté pulsionnel que narcissique. Car le noyau hystérique est souvent noyé par la dépression, voire invisible dans les dépressions au long cours. Mais, l'hystérie peut récupérer même son pire ennemi et en faire son allié. C'est ainsi que naît la nostalgie, au point que l'on peut se demander si la dépression ne peut pas devenir la sœur siamoise en demi-teinte de l'hystérie. Le jeu avec l'impossible de l'hystérie montre là l'extension de son champ d'exploration qui ne trouve aucune limite. Cependant, le ludique du désespoir trouve une forme encore plus inattendue car, si la dépression peut étouffer l'hystérie, elle provoque aussi une sorte d'effondrement du Moi et une levée des censures. La proximité du noyau hystérique dans une levée du refoulement permet alors l'émergence d'une inspiration qui montre combien l'inconscient est capable d'inventer des mots, voire des poèmes. Beaucoup d'artistes jouent à se mettre dans des situations impossibles ou du moins essayent de profiter de leurs périodes de crises et de dépression pour créer.

Dépression et névrose obsessionnelle sont des complices plus ordinaires. Sans l'angoisse dépressive sous-jacente, l'obsessionnel serait beaucoup trop oisif. Il lui en faut beaucoup pour le faire déborder, mais les débordements prennent

alors des aspects apparemment plus violents que dépressifs. À moins qu'il puisse, lui aussi, laisser émerger son noyau hystérique connexe, si du moins il existe suffisamment, telle cette petite annonce : « Homme triste et solitaire cherche femme triste et solitaire pour rire ensemble ».

L'effondrement des structures de caractère laisse la place à des dépressions beaucoup plus exsangues où la névrose, en tant que conflit intrapsychique, semble avoir beaucoup moins sa part. On parle alors de « dépressions essentielles » en relation avec des vécus de traumatismes infantiles précoces, des « états limites » où la problématique narcissique est fondamentale. Il ne faut pas non plus oublier les dépressions chez les psychotiques surtout quand ils vont mieux et découvrent l'étendue du désastre de leur vie psychique.

Enfin, la dépression est la condition du passage de la névrose agie à la névrose élaborative. Il s'agit de la pierre angulaire incontournable de tout travail psychique et à ce titre elle mérite d'être considérée comme la porte d'entrée majeure dans la névrose authentique, si du moins la résilience a vraiment pu jouer son rôle.

Organisations de caractère

Il n'en va pas de même avec les « organisations de caractère » vu leur déni de toute réalité psychique interne qui privilégie les apparences (faux self), la nature matérielle et fonctionnelle du monde (fonctionnement opératoire) ou tout simplement la volonté de puissance qui n'admet aucune remise en cause possible de soi-même (névroses de caractère). À l'extrême, c'est « l'homme normal » délivré des affres de la névrose, de son imaginaire débridé et de ses risques de décompensations dépressives qui n'ont pas droit de cité. Leur devise « sourire, courage, volonté et intelligence » est sans faille à ceci près qu'ils ont quand même une relative difficulté à se remettre en question, ce qui leur pose tout de même quelques problèmes.

Leur hyperactivité est à toute épreuve. De plus, la réussite sociale, en accord avec la toxicomanie du monde actuel qui privilégie l'apparence, le savoir faire, la rapidité d'exécution et l'excitation, leur va comme un gant. Leur dureté vis-à-vis d'eux-mêmes et de ceux qui les entourent est moins appréciée, d'autant que leur caractère autoritaire ne supporte pas la moindre opposition.

Mais, derrière cette carapace se profile souvent une dépendance inavouable qui tombe sous le coup d'un déni inaltérable : c'est la face cachée « anaclitique » du dédoublement des imagos. Cette défense exorbitante et insupportable arrive parfois à être gérée avec une certaine intelligence sur le plan professionnel, beaucoup moins sur le plan privé.

Ceux qui avaient cultivé dans le plus grand secret une névrose clandestine, ne se retrouvent pas complètement démunis. Les autres se liquéfient un jour ou l'autre dans un état de dépression tellement désertique que l'expression somatique est souvent leur seule ressource. Leur psychisme est incapable d'habiter une dépression et la somatisation leur permet de s'évader dans le soin médical.

Enfin, d'autres, plus jeunes et en mal d'identification, peuvent redoubler la mise dans une dérive fanatique qui n'a plus de limite tant le retour sur soi semble être devenu impossible.

Le fonctionnement opératoire reste plus sobre. L'hypocondrie est de mise, elle peut alterner avec des moments de dépression authentique et des mouvements caractériels qui montrent à quel point l'énergie libre est toujours à l'ouvrage.

Pour finir, les personnalités en faux-self peuvent prendre tous les masques et donner le change d'une hystérie fantôme qui se nourrirait d'un soi factice.

Toutes ces structures se battent contre le propre moulin à vent de leur partie dépressive dont ils se croient incapables de faire quelque chose, soit en raison de l'importance des carences et des traumatismes infantiles, soit à cause de la difficile émergence du noyau hystérique, ce qui est souvent la même chose.

NÉVROSES AUTHENTIQUES

L'intrication des différents types d'organisations névrotiques est telle qu'on pourrait croire au caractère totalement artificiel des distinctions nosographiques. Il n'en est rien cependant dans la mesure où les organisations hystériques et obsessionnelles, en particulier, continuent de s'opposer non seulement sur le plan didactique mais également sur le plan clinique. Encore faudrait-il repérer le décalage essentiel qui différencie l'hystérie au sens large et les comportements obsessionnels.

Sans doute l'hystérie apparaît comme l'expression d'une pulsion habitée par le corps, à l'inverse les comportements obsessionnels comme le fruit d'une mentalisation. Mais cette distinction n'est pas suffisante.

D'une manière plus précise, l'hystérie prend pleinement en compte la toute-puissance de la pulsion et en assume les conséquences : de sa limite extrême, le désir de désir inassouvi, à son incorporation majeure, à savoir le fantasme incestueux. C'est en ce sens qu'avec l'hystérie toute pulsion va devenir incestueuse.

À l'inverse, l'isolation obsessionnelle joue un rôle de repère essentiel par la transformation de l'omnipotence pulsionnelle en pulsion d'omnipotence, mentalisée sous forme de toute-puissance de la pensée.

Aussi, lorsque les développements de l'imaginaire obsessionnel se confrontent au doute, c'est-à-dire aux failles de l'omnipotence, il faut l'oblitérer par la mise en place de la pensée magique, telles les superstitions avouées ou inavouables qui nous habitent tous à des degrés divers et prennent ici la forme de rites.

Si les fonctionnnements hystériques et obsessionnels coexistent au sein d'une même personnalité, leurs articulations sont également repérables : ainsi, on peut percevoir le moment où le sujet s'échappe d'un comportement omnipotent de maîtrise intellectuelle irrespirable pour récupérer son noyau hystérique à travers une réalité pulsionnelle plus spontanée et plus expressive. À l'inverse, le contrôle mental peut apparaître salvateur par rapport à un envahissement d'affects générés par le téléscopage de représentations nouvelles d'avec des

représentations inconscientes, incestueuses plus anciennes. Les nouvelles « situations » réactivent les représentations latentes qui, elles-mêmes, inspirent de nouvelles représentations. C'est le cercle vicieux, plus ou moins créatif, de l'hystérie.

Chaque personnalité représente ainsi un curieux équilibre où les éléments hystériques et obsessionnels, s'ils ne sont pas évidents, n'en existent pas moins dans la complexité des conflits internes, tels les moteurs essentiels de notre vie pulsionnelle et qui, du même coup, colorent le caractère de chacun.

Les formes pathologiques avec mise en évidence des symptômes hystériques ou obsessionnels typiques apparaissent, dès lors, comme les échecs flagrants des efforts d'adaptation du sujet.

Elles correspondent évidemment à des situations où les conflits intrapsychiques œdipiens ou/et préœdipiens sont majeurs et ne peuvent espérer se résoudre que par l'apparition de symptômes coûteux pour la vie psychique et la vie tout court des sujets.

Points asymptotiques des émergences hystériques et obsessionnelles, les structures sous-jacentes se situent, alors, souvent en deçà de la névrose. Paradoxalement, la description classique de la névrose obsessionnelle correspond, ainsi, souvent à la couverture d'une psychose ou d'un état limite. Les symptômes obsessionnels ne peuvent véritablement être considérés comme névrotiques que dans la mesure où le volant hystérique sous-jacent, s'il existe, est lui-même suffisamment névrotique.

Hystérie

Historique

Depuis la plus haute antiquité et en particulier Hippocrate, l'hystérie désignait des troubles nerveux que l'on observait chez des femmes qui n'avaient pas eu de grossesses et qui abusaient des plaisirs vénériens oubliant l'étymologie créatrice de l'origine du mot.

Au Moyen Âge, une note particulière y a été ajoutée, c'est la possession par le démon avec en particulier les fameuses histoires de sabbats des sorcières.

En fait, c'est à Charcot qu'il revient d'avoir su distinguer au cours du XIXe siècle l'hystérie de l'épilepsie. Il continue cependant de la classer dans les troubles physiopathiques du système nerveux.

Puis Babinsky en soulignant la suggestibilité (ou du moins ce qu'il considérait comme telle et qui est en réalité la labilité des symptômes) et en créant le terme de « pithiatisme » a permis de séparer ce qui appartient à la psychiatrie de ce qui revient à la neurologie. En fait les confusions persisteront et plusieurs directions seront prises confirmant les divergences jusqu'à nos jours :

– Pour Janet qui n'a jamais abandonné les théories *organicistes* de Jackson, il s'agit essentiellement d'un affaiblissement de la tension psychique que peuvent favoriser des chocs émotionnels et des souvenirs traumatiques. Cet état expliquerait l'action suggestive et la guérison par l'hypnose de ces malades.

– Pour d'autres « cette inconnue dans la maison », cette « mauvaise herbe de la médecine » selon Lasegue, sera considérée comme une simple attitude de *simulation.*

– Dans le même temps, elle fécondera le génie de Freud. Un instant élève de Charcot, il retournera à Vienne, pour écrire avec Breuer, quelques années plus tard les fameuses « études sur l'hystérie ». On pourra y lire, reprenant en quelque sorte la définition antique : « à peine sorti de l'école de Charcot, je rougissais de la connexion entre l'hystérie et la *sexualité*, à peu près comme les patientes elles-mêmes le font en général ». Dans un premier temps, il parlera de traumatisme sexuel pendant l'enfance pour, dans un deuxième temps abandonner l'explication traumatique directe et intégrer l'hystérie dans le cadre des avatars de l'évolution libidinale.

Clinique

❒ Symptômes somatiques

Les deux symptômes majeurs de l'hystérie sont des manifestations radicalement contradictoires :

– la crise d'hystérie liée à des représentations dont l'émergence exalte les affects dans un paroxysme sans limite surtout s'il y manque des relais obsessionnels ;

– la conversion somatique, sorte de symbolisation incarnée des représentations, qui réussit à abolir les affects sous-jacents (*cf.* la pièce d'Arthur Miller « Le miroir »).

• La crise d'hystérie

La grande crise décrite par Charcot est une crise d'agitation spectaculaire dont la symbolique sexuelle est souvent présente et qui peut prendre toutes sortes de formes, depuis l'accès somnambulique en plein jour jusqu'à l'identification de la crise d'épilepsie. En général, la perte des urines et la morsure de la langue manquent dans la crise hystérique alors qu'elles sont présentes dans l'épilepsie. L'électroencéphalogramme et surtout le contexte (extravagance, théâtralisme, labilité) feront le diagnostic.

Les équivalents mineurs vont de la crise « nerveuse » d'agitation à l'évanouissement subit en passant par les tétanies sans substratum biologique (hypocalcémie) ou spasmophilies.

Quant à l'exaltation envahissante et sans nuance dont le principe est d'attirer absolument l'attention sur soi dans un histrionisme qui devient lassant, c'est sans doute l'expression la plus fréquente de l'hystérie douloureuse. Cette créativité rudimentaire s'oppose à la présence conviviale et vivante qui, elle, fait de l'hystérie cette invention permanente dont la fluidité est une des formes les plus évoluées du psychisme humain. Certains sujets passent de l'une à l'autre d'une manière désarmante. C'est là en tout cas que se situe la zone de passage entre l'hystérie pathologique et souffrante et l'hystérie inventive à la pointe de l'inspiration.

• **Les conversions hystériques**

Les paralysies sont les troubles les plus fréquents, elles sont cliniquement rarement bien constituées, le plus souvent bizarres dès le premier abord : il n'y a évidemment pas de troubles des réflexes. Elles peuvent toucher les deux membres inférieurs (astasie-abasie), un membre (monoplégie), les cordes vocales (aphonie). On peut leur adjoindre la cécité hystérique avec rétrécissement concentrique du champ visuel. Le diagnostic différentiel avec la sclérose en plaques (paralysies en foyers) posera parfois quelques problèmes en raison du caractère disparate des symptômes de part et d'autre.

Les *anesthésies* et surtout les œdèmes localisés constituaient ce qu'on appelait « les stigmates hystériques ». La topographie aberrante des premières, le caractère provoqué des secondes ne trompent pas longtemps.

Les *manifestations algiques* ne sont pas absentes et poseront de difficiles problèmes avec, en particulier, les douleurs hypochondriaques, sans compter les douleurs organiques réelles. Outre l'absence de signes d'organicité à l'examen médical, c'est chaque fois le contexte psychique qui fera le diagnostic.

❒ Symptômes psychiques et caractère hystérique

Les manifestations d'ordre psychique si elles coexistent avec les « symptômes somatiques » se suffisent le plus souvent à elles-mêmes, elles sont d'ailleurs beaucoup plus fréquentes que les classiques accidents de conversion ; aussi on a pu vouloir opposer à la conversion somatique les *symptômes psychiques* de l'hystérie. *Il n'existe en réalité pas de solution de continuité car ces symptômes psychiques restent essentiellement des mouvements du corps qui échappent à leurs auteurs et doivent donc eux aussi être considérés comme de véritables conversions somatiques.*

• **Séduction et avidité affective**

Ils en sont le premier symptôme, premier dans la présentation et surtout dans ce qu'elle a d'essentiellement subjectif. Cette manière d'être de l'hystérique a été décrite de façons multiples : besoins d'attirer l'attention sur soi, égocentrisme, dépendance affective, manque de contrôle émotionnel, coquetterie, provocation, érotisation de la relation, etc. En fait, il s'agit d'un seul et même phénomène, sorte de précipitation affective qui a tendance à raccourcir spontanément les distances avec l'autre. Là encore, cette affectivité débordante peut prendre des aspects très divers depuis le débordement de demande intempestive à un ludique plus discret teinté d'humour qui fait le charme d'une présence.

• **Fuite ou amnésie**

Elle caractérise en effet le second mouvement. Si l'attitude de retrait de l'hystérique peut parfois prendre l'allure de fugues véritables, le plus souvent il se manifeste d'une manière beaucoup plus subtile : c'est l'amnésie hystérique. Sans aller jusqu'aux classiques histoires du « voyageur sans bagages », il s'agit simplement de l'oubli d'un événement où le patient est trop engagé dans ses affects et à tout ce qui s'y rapporte. Parfois, il s'agit d'une véritable

amnésie des mots que l'hystérique veut prononcer et oublie aussitôt. Mais le fantasme essentiel, parfois réalisé, reste la fuite par inanition ou mieux par inhibition (*cf.* «Le ravissement de Lol. V. Stein» de Marguerite Duras). À un degré mineur, la fuite dans le sommeil en est souvent l'équivalent mineur.

Les relations sexuelles sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le dit classiquement et la frigidité beaucoup plus rare qu'on ne le croit. Mais le comportement sexuel ne peut se réaliser que dans une sorte de halo amnésique, il ne faut pas l'avoir prévu et en tout cas, il faut l'avoir tout de suite oublié.

Enfin, le plus souvent l'hystérique a besoin d'écrans qui le séparent de ses objets d'amour ce qui lui permet d'oublier ce qui est en question (*cf.* l'histoire de Dora dans les cinq psychanalyses). Il peut en résulter une multiplicité d'objets abandonnés les uns après les autres dès que la duplicité ne peut plus être soutenue. Mais l'absence est due beaucoup plus à une inhibition qu'à un passage à l'acte. Crainte d'être envahi par les affects ou jeu de désir inassouvi? L'hésitation paraît toujours de mise et l'hystérique semble souvent ne pas le savoir lui-même.

C'est d'ailleurs une caractéristique de l'hystérie que de ne rien vouloir savoir. Comme si sachant quelque chose d'elle-même elle risquait de se désagréger. Ce qui en définitive n'est pas exact : il est très possible de percevoir l'hystérie monter en soi et d'en garder le contrôle. C'est sa forme la plus évoluée, celle qui distille l'inspiration. À l'inverse, les hystéries qui s'enferment systématiquement dans l'évitement du «non savoir» font douter de leur nature névrotique (*cf.* les troubles narcissiques des états limites).

• **Caractère hystérique**

L'ensemble de cette attitude correspond donc à un double mouvement *séduction-retrait* marquant cette véritable *ambivalence au niveau du corps* qui est le signe distinctif de l'hystérie. La névrose obsessionnelle étant, elle, caractérisée par une attitude d'ambivalence au niveau de la pensée. Ce mouvement de provocation et de leurre, on le retrouve d'ailleurs au niveau du symptôme de conversion d'apparence médical, le double mouvement y est en quelque sorte condensé et du coup ininterprétable. Il en est de même dans les fabulations et les comportements mythomaniaques, voire dans la tentative de suicide, elle-même manière de fugue, et dont le caractère non préparé, à la sauvette, n'en contient pas moins des éléments de provocation.

L'hystérique mène ainsi une double vie (d'où sentiment de dédoublement de personnalité) :

– L'une, celle de ses symptômes, qu'ils soient physiques ou psychiques, semble lui donner une aisance, une insouciance enviables, c'est *la belle indifférence de l'hystérique.* La conversion a subtilisé totalement l'angoisse. L'aisance du corps doué d'une véritable ubiquité donne l'aspect théâtral qui souligne du même coup la nécessité d'avoir des spectateurs.
– L'autre, en fond de tableau, *qui paie l'automystification de la précédente,* car la victime de l'hystérique n'est pas tant l'objet délaissé qu'elle-même, d'où le sentiment d'abandon, d'impuissance et d'échec qui peut réveiller l'angoisse endormie. Mais cette dernière, lorsqu'elle apparaît est toujours

labile, prête à disparaître à nouveau ou bien tellement disproportionnée qu'il faut la considérer comme un véritable symptôme parmi les autres. Il en est généralement de même avec des états dépressifs où dominent les éléments psychiques, c'est-à-dire la richesse de la fantasmatisation.

Enfin l'hystérie est souvent invisible. Elle n'en est pas moins douloureuse et cela pour une raison essentielle à savoir l'envahissement constant des affects. « L'hystérique vit de la dévoration de ses affects » écrit André Green. Mais, est-ce dû à l'absence de représentations liées au refoulement ou au contraire au retour du refoulé de représentations insupportables essentiellement incestueuses? De toutes manières, le refoulement de la représentation et la répression des affects qui lui est liée sont des verrous insuffisants tant le moteur essentiel de l'hystérie est toujours pulsionnel. Aussi serait-il plus exact de dire que l'hystérique, se créant toujours de nouvelles représentations plus ou moins conscientes, allume en permanence le feu qu'il passe son temps par ailleurs à éteindre.

Créativité et inhibition d'une part, agressivité et voracité allant jusqu'à la toxicomanie d'autre part, apparaissent dès lors comme des issues permettant d'échapper à la toute-puissance des affects.

Ainsi, les mots deviennent des attributs bien particuliers, tabous parce que trop explosifs, ou au contraire exhibés dans leur violence nue pour du moins tenter de répandre et de faire partager l'immaîtrisable.

L'hystérie oscille ainsi entre une remémoration cachée et l'exhibition de nouvelles représentations. Opération centrale du désir humain, on peut comprendre que cette machine infernale diffuse des affects qu'il faut à tout prix gérer et ne jamais détruire.

Économie

❒ Paradoxe de l'hystérique

En effet, paradoxalement, on peut dire que si l'hystérique oublie tout le temps (amnésie, trous de mémoire) c'est pour se défendre d'une remémoration constante contre laquelle il lutte en relation avec les fantasmes touchant les objets sexuels incestueux. Cela dit, affects et représentations n'ont pas des destins aussi différenciés qu'on pourrait le croire :

– D'une part, les représentations subissent l'effet du refoulement, un refoulement en principe réussi car l'amnésie est totale, c'est la « belle indifférence » de l'hystérique du moins dans les accès exhibés ou non de la conversion. Car la « belle indifférence » est un extrême privilégié pourrait-on dire, dans la mesure où elle est souvent remplacée par une inhibition tenace. Enfin ce qui subsiste des représentations est retourné en son contraire : le désir sexuel est transformé en dégoût sexuel.

– D'autre part, les *affects* sont détachés de la représentation psychique gênante pour se convertir dans le domaine corporel en symptôme somatique ou dans leurs équivalents psychiques. Malgré le refoulement des représentations, ces décharges d'affects conservent une sorte de relent de leurs origines, d'où le caractère symbolique des conversions somatiques, le caractère érotisé

des conduites psychiques. Tout se passe comme si les représentations sexuelles refoulées du système conscient trouvaient une certaine résurgence dans la manifestation des affects et continuaient de parler au niveau des symptômes ; mais ce caractère échappe totalement à l'hystérique car les symboles sont travestis par le déplacement (verge = cage thoracique, dans l'histoire de Dora). En somme, le langage change d'instrument mais il continue à tenir son discours (J. Lacan). Or, il peut, malgré tout, arriver que l'instrument parle trop fort et que l'hystérique ne puisse plus être dupe de l'affect qui le submerge. La solution d'urgence est l'inversion de l'affect : le dégoût sexuel à la place de l'attirance sexuelle.

Enfin, lorsque toutes ces solutions sont épuisées, il n'en reste plus qu'une : disparaître par l'amnésie, le sommeil ou l'inanition (A. Green).

❒ Les niveaux de conflit

De plus, l'économie de l'hystérie reste insaisissable tant il lui faut à la fois refouler affect et représentation et, en même temps, se nourrir de l'énergie libre des affects pour reconstruire inlassablement de nouvelles représentations. Ce double mouvement a-t-il pour but de se cacher à soi-même l'importance de représentations refoulées irreprésentables comme le désir incestueux ? Ou au contraire, s'inscrit-il dans une thématique du désir de désir inassouvi ? L'hystérie deviendrait alors cette pulsion inconsciente qui voudrait à tout prix jouer quoi qu'il arrive avec l'impossible. Concilier les deux reviendrait à considérer que l'hystérie n'est rien d'autre que la rencontre du sexuel et de l'insatiable, y compris sa composante narcissique.

Aussi, le conflit pulsionnel de l'hystérie oblige à sortir d'un simple compromis entre pulsion et défense qu'incarneraient la conversion et sa complice l'inhibition. On peut même imaginer que la conversion participerait à la créativité de l'hystérie mais resterait une forme inachevée, empêtrée d'inhibition, et l'inhibition, une mise en attente, aux aguets d'une nouvelle créativité possible.

❒ Genèse

On peut enfin considérer que l'hystérie doit être envisagée dans son histoire et pas seulement d'une manière structurelle.

Conserver le « Moi-pulsion » pour exister et cela malgré l'éruption en plusieurs temps de la sexualité paraît être l'impératif majeur. Toute l'histoire de l'hystérie conduit à penser qu'au travers de cette tragédie (l'écartèlement du « Moi-pulsion »), il lui faut constituer un noyau érotique qui puisse survivre, c'est-à-dire permettre de faire coexister le Moi avec ses pulsions insatiables.

Quand Freud reconnaît qu'il existe « dans la nature de la pulsion sexuelle elle-même (quelque chose qui) ne soit pas favorable à ce que se produise la pleine satisfaction » (ce que Lacan dire d'une manière plus lapidaire par cette expression : « le réel c'est l'impossible »), il faut y voir autre chose qu'une ligne Maginot défensive. L'apprentissage du jeu avec l'impossible peut permettre progressivement au « Moi-Pulsion » de pouvoir continuer d'exister hors des extrêmes fanatiques ou caractériels, grâce à l'élaboration du conflit œdipien.

Ainsi, la constitution de ce que nous appelons le noyau hystérique peut se repérer en trois temps essentiels.

– Une hystérie primitive qui s'inscrit dans le stade du miroir du regard de l'autre. Elle relève d'une identification à l'insatiable réciproque, à la fois connivence et refus maternel de se laisser envahir. Le « non » de l'enfant autour des 18 mois reprend ce jeu étonnant avec un savoir qui paraît déroutant tant, avant le caprice, l'enfant sait jouer avec ce « non ». C'est là, la fondation du Soi en miroir.

– L'identification hystérique primaire à la scène primitive (Michel Fain et Denise Braunschweig) introduit l'intuition précise du sexuel œdipien qui serait déjà latent, ne serait ce que dans la trilogie formée par l'enfant entre sa dépendance et sa toute puissance qui dédouble le tiers. Les rejetons de cette identification préconsciente sont considérables tant par les identifications sexuelles qu'elle comporte que par l'autoérotisme qui en découle, et la fantasmatisation qui l'enveloppe.

– L'écartelement du Moi-pulsion doit subir la contrainte du refoulement pour survivre. Il dépend largement de l'accompagnement anaclitique de l'entourage qui est fondamental dans cette période. La sévérité extrême comme la laxité, et souvent l'alliance des deux par désinvestissement des adultes, produisent des effets pervers considérables : de l'instauration d'une culpabilité et d'un dénigrement de soi-même plus ou moins irréductibles, à la révolte caractérielle sans foi ni loi qui trouve souvent une issue dans l'addiction révélant les états limites sous-jacents.

❒ Le noyau hystérique pourrait-il être considéré comme la plasticité de l'inconscient ?

Le refoulement réussi de ce Moi-pulsion va constituer le noyau hystérique de base qui va subir les remaniements différenciés du conflit œdipien puis du développement de l'adolescence et des crises de l'émancipation. Ce noyau, théâtre internalisé, est à proprement parler inconscient même si nos rêves arrivent à nous en traduire quelques scènes. Il possède une plasticité plus ou moins grande, affleure au niveau du préconscient d'une manière plus ou moins précise, ou est rejeté au tréfonds de l'inconscient. Il en découle une difficulté plus ou moins grande de l'en faire sortir.

Cette plasticité de l'inconscient est donc très variable selon les individus. Toujours alimentée par l'énergie libre du Ça, elle est le principe créateur qui peut cependant s'encombrer de rejetons caractériels ou être submergé d'affects, ou encore s'évader dans une conversion plus ou moins invalidante. Mais, dans tous ces cas, ce n'est pas l'hystérie qui est trop prégnante, c'est au contraire le noyau hystérique qui est manquant, inaccessible, d'une mobilité insuffisante ou recouvert d'une peau de culpabilité stupéfiante. La nouvelle donne du travail psychanalytique consiste à redonner sa place au noyau hystérique, ce qui est une école très éloignée de la résignation, mais explique aussi que rien ne peut se faire dans la précipitation qui voudrait répondre hâtivement aux prétendues nécessités de la toxicomanie du monde actuel. Freud n'avait-il pas anticipé cette manière de voir l'hystérie en précisant qu'elle « est une expression de la même force archaïque qui se développe dans l'activité de l'artiste génial » ?

Phobies

Les phobies font partie des multiples moyens de fortune utilisés pour sauver le Moi-pulsion des contraintes que font peser sur lui son insatiable envie d'exister envers et contre tout.

La projection de l'excès pulsionnel peut se diversifier ensuite sur une multiplicité d'objets ou de situations qui resteront des résidus phobiques plus ou moins irréductibles dans le psychisme de chacun. Le problème devient plus crucial lorsqu'il envahit complètement le psychisme au point de provoquer des amputations incompatibles avec une vie normale.

Certaines phobies peuvent être décryptées à partir de ce que Freud nommait l'hystérie d'angoisse vis-à-vis de l'émergence de la sexualité infantile et du conflit œdipien mais, la plupart du temps, les phobies apparaissent plutôt comme des projections d'angoisse liées à l'instabilité d'un psychisme qui n'a pas pu aborder réellement les aléas du conflit œdipien et se situent plutôt dans le registre des états limites que dans celui des névroses, tels que les problèmes de séparation évoqués par Serge Lebovici.

Clinique

L'hystérie d'angoisse correspond très exactement au cas de phobie des magasins, décrite par Freud, chez cette jeune fille nommée Emma. Le rire des jeunes commis qui déclenche sa fuite éperdue lorsqu'elle rentre dans un magasin représente la projection de sa moquerie intérieure (culpabilité) vis-à-vis de la scène de séduction antérieure du vieil épicier alors même que les jeunes gens représentent, eux, les objets sexuels qui risqueraient d'émouvoir la jeune fille.

La peur de sortir dans la rue procède du même rappel de la sexualité. Du point de vue de l'inconscient la rue signifie le trottoir et par conséquent sortir dans la rue, c'est faire le trottoir.

Pour le petit Hans, enfin, la phobie des chevaux nous restitue la trame œdipienne de l'hystérie d'angoisse. Pris entre ses sentiments tendres pour son père et l'agressivité à l'égard de celui qui vient troubler ses relations avec sa mère, le déplacement de l'agressivité — désir que le cheval tombe — lui permet de conserver intact le premier sentiment d'amour. Cela n'expliquerait en rien la phobie des chevaux si les mesures de rétorsion que l'enfant redoute de la part du père n'étaient elles aussi, symboliquement exprimées : le petit Hans refuse de sortir dans la rue à cause des chevaux qui vont le mordre. L'ambivalence vis-à-vis du père est ainsi résolue au prix de la peur des chevaux. Mais, cette problématique n'est pas aussi simple pour deux raisons :

– d'une part, les chevaux représentent aussi le cocher, amant présumé de sa mère, le petit Hans étant lui-même très au courant de ses « fredaines » dont il a même une fois osé parler sans aller plus loin (J. Bergeret). Au conflit amour-haine pour le père s'ajoute ainsi un conflit amour-haine pour la mère (*via* le cocher), ce qui on s'en doute renforça l'ambivalence du petit Hans et sa phobie ;

– d'autre part, l'intervention de ce Surmoi énigmatique a un effet inattendu confirmant, par l'effet du hasard, que décidément il se passe dans cette famille

des événements pas tout à fait simples. L'étonnant c'est sans doute la position de Freud qui, pourtant, avait soigné la mère. N'a-t-il pas sous-estimé, à cette époque-là, l'importance de la vie psychique de l'enfant en jouant à l'apprenti sorcier?

Enfin, la symptomatologie de l'hystérie d'angoisse est complétée par le rôle de l'objet contraphobique. Si Emma ne peut rentrer seule dans un magasin, la présence d'un tiers familier le lui permet avec une disparition quasi totale de l'angoisse. Le phobique perd également sa peur dans la rue s'il est accompagné. Le petit Hans lui-même est beaucoup plus rassuré dans la rue avec sa mère et pour cause, qu'avec la bonne. L'hystérique se protège de la même manière des assauts d'assiduité masculine, mais dans l'hystérie d'angoisse ce n'est plus la relation elle-même qui est évitée mais un objet symbolique.

Économie

Freud précise à la fin du petit Hans que la similitude entre l'hystérie d'angoisse et l'hystérie de conversion est complète à l'exception d'un seul point. « Il est vrai que ce point est d'importance décisive, ajoute-t-il, et bien fait pour motiver une distinction : dans l'hystérie d'angoisse, la libido détachée du matériel pathogène par le refoulement n'est pas convertie, c'est-à-dire pas détournée du psychisme vers une innervation corporelle mais libérée sous forme d'angoisse ». Plus tard, en 1926, dans *Inhibition, symptômes et angoisse*, il reviendra sur cette conception. L'angoisse ne naît plus de la libido non utilisée, c'est-à-dire n'est plus un produit du refoulement comme il l'avait cru ; au contraire, l'angoisse désormais située au niveau du Moi suscite le refoulement et c'est l'échec de ce dernier qui laisse filtrer l'angoisse.

Or, dans la phobie on n'assiste ni à la réussite de l'hystérique qui par la conversion, véritable succédané de passage à l'acte sexuel, leurre le Surmoi tout en réalisant malgré tout une sorte de destin libidinal, ni aux « astuces » et aux « acrobaties du déplacement obsessionnel » (Green). Le déplacement phobique est en quelque sorte un mécanisme simple mais inachevé intermédiaire comme le dit Green aux deux autres névroses, le refoulement est incomplet et l'angoisse n'est que déplacée. La conséquence en est que l'angoisse névrotique y est retrouvée quasiment à l'état pur. Freud d'ailleurs, à partir de l'histoire du petit Hans et de sa peur de la morsure des chevaux, introduit le concept de la menace de castration qui éclairera désormais sa conception des névroses.

On n'est donc pas très étonné que cette névrose « escamotée » recouvre le plus souvent des structures psychiques où la névrose est peu engagée. L'érotisation, si elle se manifeste, n'est souvent que de couverture et cache mal une insécurité beaucoup plus profonde. Telles les phobies d'impulsion où le patient se perd dans la crainte de laisser tomber son enfant ou d'avoir envie de se jeter dans le vide.

La béance narcissique est si souvent pregnante que la très grande majorité des phobies concerne en réalité les états limites plus que la névrose. Cela explique sans doute la plasticité des phobies qu'expérimentent sans le vouloir les thérapies comportementales. Une phobie en remplaçant une autre, objet d'un

forçing thérapeutique. Si tant est que ce forçing n'aboutisse pas à un état de dépersonnalisation qui montre la véritable nature de la structure sous-jacente.

Névrose obsessionnelle

Historique

La névrose obsessionnelle était considérée au début du siècle dernier comme faisant partie de la folie, c'est-à-dire que d'emblée elle avait été mise au rang des maladies mentales, Pinel parlait de folie raisonnante, Esquirol l'avait classée dans les monomanies, c'est-à-dire la considérait comme un délire partiel : on parlait de folie du doute, de folie du toucher. La première bonne description est due à Morel (1866), il parlait encore de délire émotif, mais c'est avec Luys (1883) que l'on voit apparaître le mot obsession à partir d'un article intitulé « Des obsessions pathologiques ».

Dès lors on se rapproche des névroses, mais l'origine intellectuelle ou émotionnelle des troubles va diviser les esprits. La névrose obsessionnelle pose en effet le problème des liens entre la vie émotionnelle et la vie intellectuelle d'une manière aiguë. Janet proposera sa théorie de la diminution de l'énergie psychique et essaiera de lier la psychasthénie et les obsessions qui ne sont pour lui qu'un produit de dégradation, une sorte de résidu du niveau de l'activité psychique le plus élevé.

Si l'origine émotionnelle a finalement été retenue en particulier grâce à Pitres et Régis, c'est seulement avec Freud que l'on commencera à entrevoir un début de solution, à partir de sa distinction entre les destins respectifs de la représentation et de l'affect qui prend dans la névrose obsessionnelle une importance capitale.

L'enracinement pulsionnel du développement de la pensée omnipotente prend là toute son ampleur dans son changement de but par rapport à la satisfaction du désir. Son fondement, l'omnipotence pour l'omnipotence, ne lui donne pas pour autant ses lettres de noblesse. Il peut confiner à la névrose de caractère, aux positions caractérielles voire fanatiques. Dans la névrose obsessionnelle, il est mis en question par l'éruption du doute.

L'énergie libre joue un double jeu redoutable, à la fois initiation du doute, elle essaye par ailleurs, aussi, de renforcer les mécanismes de défense mis en place (isolation, contrôle obsédant) contre l'émergence des affects. Ce double-jeu est au cœur de l'ambilance intellectuelle de l'obsessionnel, l'érotisation de cette lutte n'étant que secondaire.

Clinique

❐ Isolation

C'est le premier symptôme tant la première chose qui frappe chez l'obsessionnel est la stérilisation de l'affectivité, la pensée se substituant aux actes au point qu'il y a disparition quasi totale de la spontanéité. Cette pensée va lui servir de perpétuel écran entre lui et les autres, si bien que le premier mouvement de l'obsessionnel contrairement à l'hystérique est de se retirer, de

prendre ses distances. Il pense et regarde. Cette attitude correspond en général à ce qui est décrit en psychologie sous le terme de *caractère schizoïde*. Minkowski dans son livre « La schizophrénie » décrit très bien ce caractère qui, de notre point de vue, concerne essentiellement l'obsessionnel, en particulier l'incapacité de s'adapter à l'ambiance affective et la poursuite indéfinie et hors de propos de la réalisation de ses idées.

Cette « isolation » permet en effet une mise à distance de toute proximité affective, d'où la froideur de ses gestes et l'absence d'émotivité, ce qui d'ailleurs ne confine pas forcément à l'isolement. Sa sexualité est plus ritualisée que pauvre et ne peut se manifester le plus souvent que dans un contexte sadomasochiste. Par contre, au niveau de la parole, quand il s'y met, c'est l'inverse, l'obsessionnel fait montre d'un prolixité à toute épreuve. Son esprit est d'une logique intarissable même si elle n'est pas toujours très adaptée. La grivoiserie de propos ne le gêne pas, mais il s'agit là encore plus d'une aventure intellectuelle que d'un propos salace. Ce qu'il pourra dire de la sexualité est désaffectisé et sans aucune correspondance avec sa vie sexuelle réelle.

Plus profondément, l'isolation est une véritable entreprise d'inhibition des affects. Mais, l'affect latent est là qui veille ; lorsqu'il réapparaît c'est le plus souvent dans le contexte du passage à l'acte et de la violence.

❐ Contrôle obsédant

C'est le deuxième versant de la symptomatologie de l'obsessionnel. Tout se passe en effet comme si l'obsessionnel après s'être retiré à bonne distance plantait sa tente, en vérifiant toutes les issues, toutes les fuites possibles d'où le caractère obsédant de ses préoccupations, les thèmes d'ordre, de précision, de complétude, la manie des collections que l'on retrouve pêle-mêle avec toutes sortes de compulsions de vérifications. Il est nécessaire à ce propos d'éliminer deux acceptations courantes de ce contrôle obsédant : *l'obsession sexuelle* et *l'idée fixe*.

Si passer son temps à parler de ce qu'on ne fait pas est un moyen sûr « d'isoler » la sexualité, les obsessions, elles, ne sont en fait pas sexuelles, bien au contraire, elles caractérisent toujours des thèmes d'ordre même lorsqu'elles concernent les pulsions libidinales.

Quant à l'idée fixe, pour répétitive et obsédante qu'elle soit, elle n'est pas non plus une obsession. Ainsi un mari, craignant à tout moment à tort ou à raison que sa femme le trompe, ne présente pas une obsession au sens où nous l'entendons, mais un sentiment de jalousie.

L'obsessionnel amoureux n'osant pas s'approcher de l'objet de ses pensées peut par contre se créer tout un système de contrôle des faits et gestes de sa bien-aimée, s'attachant à des détails dérisoires à partir desquels il a l'impression de communiquer avec elle. Les sentiments de jalousie ne sont pas forcément présents : à l'extrême il peut se satisfaire de la réussite d'un rival qui lui permettra d'isoler définitivement ses sentiments et éventuellement de poursuivre ses contrôles obsédants en toute tranquillité. Mais, le plus souvent, c'est l'hémorragie destructrice qui fait voler en éclat la maîtrise obsédante et ouvre la porte à toutes les agressions possibles.

❒ Caractère obsessionnel

Tout se passe à l'inverse de ce qu'on a vu chez l'hystérique ; après le premier temps de retrait, le deuxième est d'investissement et de contrôle incessant. Si l'hystérique n'est jamais là où l'on croit qu'il est, l'obsessionnel au contraire surprend par sa présence inattendue au moment et à l'endroit où on ne l'attendait plus ou encore par sa prodigieuse mémoire. Le contrôle incessant joue ainsi un rôle considérable depuis les acquisitions scolaires de l'enfant pendant la phase de latence jusqu'à la maîtrise d'un système économique ou industriel en passant par toutes les manies de collections, qu'il s'agisse de livres, timbres, meubles anciens, tableaux et autres objets d'art et plus encore la manipulation de l'argent. La méticulosité, la propreté, la parcimonie et l'entêtement sont en fond de tableau les éléments de caractère les plus fréquemment rencontrés.

Dans un tel système ce qui est le plus redouté est l'imprévu. L'aménagement de sa distance vis-à-vis de ses objets affectifs, ni trop près, ni trop loin, est remis en cause alors même que la toute-puissance de la pensée est mise en doute.

– En surface la réponse immédiate au lâchage du contrôle obsédant est une réaction brutale, voire destructrice pour ses propres objets d'amours. Si elle se réduit parfois à de simples débordements orduriers au niveau verbal, elle peut au contraire conduire à des agressions aussi caractérisées qu'imprévisibles dont le sadisme n'est jamais totalement absent.

– Plus en profondeur l'angoisse latente jamais totalement refoulée comme dans la conversion hystérique resurgit en masse. La dépression, si elle s'installe, et pour latente qu'elle soit le plus souvent, n'en est pas moins grave. L'obsessionnel se suicide d'une manière méthodique, sans tambour ni trompette à la différence de l'hystérique. Aussi ces suicides sont le plus souvent réussis. S'il en réchappe la blessure narcissique est intolérable et la récidive de règle.

❒ Rite obsessionnel

C'est un autre destin de cette ambivalence de l'obsessionnel. Pour classique et démonstratif qu'il soit il n'est pas le symptôme le plus fréquemment rencontré à l'instar de la grande conversion chez l'hystérique. Il peut d'ailleurs être considéré comme un élément de gravité.

Il se présente d'abord sous forme d'obsession-impulsion, appelée maintenant trouble obsessionnel compulsif (TOC), décrite classiquement comme l'irruption du doute dans la pensée et avec lui, d'un ordre intérieur considéré par le sujet comme un phénomène morbide et en désaccord avec son Moi conscient ; il persiste malgré tous ses efforts pour s'en débarrasser et ne disparaît qu'avec sa réalisation. Cette dernière n'est souvent pas très différente de la manie de l'ordre et des vérifications décrites précédemment. En fait leur sens est complètement transformé car ils prennent désormais un caractère *conjuratoire*.

Qu'il s'agisse d'éteindre et de rallumer trois fois sa lampe avant de s'endormir, de répéter tel mot ou tel chiffre avant de traverser une rue, de ne marcher que sur les pavés impairs ou encore de toucher une certaine catégorie

d'objet sur son passage : arbres, panneaux de circulation, nous avons là toute une série d'actes qui ont une valeur quasiment magique et dont la répétition constitue un véritable rite. Si l'on y regarde de près il ne s'agit en fait que de la condensation des deux symptômes précédents : isolation par le caractère arithmétique et artificiel de ces impulsions, contrôle obsédant par le besoin de répétition qu'elles comportent. Il s'y ajoute un troisième facteur : la magie de la toute puissance de la pensée qui doit se réaliser en acte.

Mais cette condensation, elle-même, s'avère souvent inopérante, l'angoisse en réinfiltre continuellement le processus, d'où ces répétitions à l'infini, ces lavages incessants, ces bizarreries d'habillage dont l'incomplétude demandera de nouveaux rites. C'est ce qu'on appelle *l'annulation par le rite* qui par contamination de proche en proche aboutit à un réseau compulsionnel tout à fait étranger à l'obsession initiale, tant le déplacement est considérable. C'est ainsi que la complexité de certains rites conjuratoires (toucher tous les arbres d'une forêt) peut amener le patient à de véritables états de dépersonnalisation.

Économie

Le fonctionnement obsessionnel est une machine infernale différente de celle de l'hystérie mais encore plus complexe. L'apparente isolation des représentations n'en permet pas moins aux affects d'alimenter sans cesse le contrôle obsédant qui, pris à défaut, peut toujours laisser émerger l'angoisse sous une forme ou une autre.

Et, si l'isolation et le contrôle obsédant fonctionnent trop bien, il faut à l'obsessionnel une nouvelle proie, sinon l'angoisse surgit à nouveau. Il va s'inquiéter de ne pas être inquiet et découvrir à tout prix de nouvelles raisons de douter. Cet « œil du maître » toujours à l'affût peut être d'une efficacité sans faille dans toutes les activités qui sont bâties sur le modèle d'un ordre structurel, beaucoup moins dans la vie relationnelle et à plus forte raison dans la vie privée. Ainsi l'isolation est une répression des affects très incomplète. Sa prétention de couper les affects des représentations et de rendre la vie intellectuelle beaucoup plus autonome est donc toujours aléatoire.

Aussi, le contrôle obsédant est un comportement indispensable qui permet à l'isolation de survivre. Il est la véritable cheville ouvrière du monde obsessionnel, l'isolation n'étant qu'une façade plus ou moins fissurée.

Quand Bouvet dit que « l'obsédé exprime un conflit œdipien en langage prégénital », se pose la question de la régression anale comme modèle. Dans la mesure où l'analité sadique met en évidence le rôle actif de l'enfant qui décide ou non de donner son bol fécal et prend ainsi possession d'une puissance autonome. « La formation réactionnelle » qui s'oppose à la complaisance vis-à-vis de ses fèces (le cacabouda) devient l'élément essentiel : la toute puissance du contrôle sphinctérien pourra être considérée comme l'ancêtre de la maîtrise obsessionnelle. Sans doute le contrôle peut se retrouver dans la sphère orale comme le montre les anorexies de l'enfance mais l'analité existe hors pathologie orale et hors satisfaction pulsionnelle proprement dite : il n'y a pas d'appétit anal comme il y a un appétit oral ou sexuel (le désir de pénétration anale, plus ou moins sadique, n'étant qu'une

dérivation sexuelle qui veut utiliser le corps tout entier pour explorer toutes les satisfactions possibles avec il est vrai des fixations très précises orales ou anales qui ne sont pas indifférentes).

C'est cette absence d'appétit du sphincter anal qui permet, entre autre, cette dérivation essentielle : l'omnipotence contenue dans la pulsion, tellement intriquée par le désir de la satisfaction, est ici désintriquée par l'exercice du sphincter anal qui désormais peut assouvir ses dessins omnipotents pour eux-mêmes : qu'il s'agisse de garder indéfiniment les fèces ou de les rejeter d'une manière inattendue.

L'érotisation ne vient qu'en dernier lieu, qu'il s'agisse du sadisme anal ou d'un jeu ambivalent.

La rétention et la rupture d'avec l'objet d'amour dans la problématique du désir peut s'inscrire, aussi, dans une perspective obsessionnelle même si l'hystérie domine outrageusement le scénario. Les comportements d'investissements passionnels subits suivis bientôt de lâchages inopinés montrent que la « névrose obsessionnelle » quand elle veut s'affirmer en tant que telle présente de tels relents prégénitaux qu'il est difficile de la considérer comme une névrose authentique sans un soubassement hystérique largement engagé dans le conflit œdipien.

Serge Leclaire, de son côté, a particulièrement insisté sur l'importance de la relation de l'obsessionnel avec sa mère. L'obsessionnel serait ce fils préféré d'une mère insatisfaite qui semble retourner son attente déçue vers sa progéniture mâle. Dès lors, ils vivent tous deux dans un monde imaginaire comme une « prison bien-aimée » dira Leclaire. Sans aller jusque-là, il est nécessaire de souligner cependant l'importance des premières relations avec la mère et l'empreinte durable qu'elles laissent : celle d'une manipulation omnipotente où le nourrisson est entièrement livré aux soins maternels. Cette empreinte peut être réutilisée en fonction des besoins de la crise œdipienne. C'est le cas surtout pour le petit garçon qui n'a pas à effectuer de changement d'objet au moins dans l'Œdipe direct. L'image de la mère œdipienne est ainsi infiltrée d'imagos beaucoup plus archaïques. L'identification à « la mère sadique anale » permet de se défendre contre l'emprise de cet imago, mais également de satisfaire la conservation de l'objet œdipien.

L'identification à l'agresseur peut ainsi prendre des allures extrêmement variées. L'isolation, à l'instar de la fonction intellectuelle, peut remplir un double rôle : « perpétuer à la périphérie de la psyché, une mère activiste » et dans le même temps « maîtriser par les idées la dispersion tous azimuts de ses stimulations » (Didier Anzieu).

Dans ce cas, l'identification reste dans l'orbite de l'œdipe tel que nous le concevons habituellement. Beaucoup moins déjà lorsque la maîtrise a pour but essentiel de parer à l'envahissement de la dépression maternelle ouvrant la voie par là, à tous les mécanismes de réparation des images parentales. Que dire lorsque l'image incestueuse est proche de ce qu'André Green décrit par le concept de « mère morte » (identification mortifère à la mère dépressive). Dans cette perspective, l'isolation n'est plus une défense par rapport à une

séduction primaire mais une inhibition des affects qui se retrouvent comme « gelés » par une sorte de cadavre intérieur.

La maîtrise consiste à préserver en l'état cette incorporation incestueuse sans en laisser échapper la moindre parcelle… La conservation fétichiste n'est pas loin. L'organisation obsessionnelle devient ainsi un point d'ancrage des avatars des perversions. À ce point, la névrose obsessionnelle s'éloigne du conflit œdipien classique et laisse la palme de l'authenticité névrotique à l'hystérie… C'est à cette dernière d'ailleurs que se réfère André Green lorsqu'il parle d'un noyau hystérique sur lequel seraient construites les névroses obsessionnelles de type génital : « L'indice d'hystérisation… (étant) d'autant plus important que cette névrose conserve plus d'attaches avec la génitalité ». Les autres névroses obsessionnelles renvoyant aux états limites, voire à la psychose.

Névroses obsessionnelles états limites et psychoses

Dans les cas où l'indice d'hystérisation est faible, voire inexistant, l'intensité des éléments dépressifs est constante. Les névroses obsessionnelles dont les éléments psychasthéniques ou de caractère sont fréquents apparaissent dès lors comme des états limites dont l'aménagement névrotique reste précaire.

Il en est de même dans la plupart des cas où les rites dominent la symptomatologie. Véritables passages à l'acte, ils marquent l'échec de la toute-puissance de la pensée tout en restant sous sa coupe : le rite obsessionnel, à la différence de la conversion hystérique, reste médiatisé par la pensée. Cette situation inconfortable constitue un équilibre instable dont l'épuisement conduit à la dépression grave plus d'ailleurs qu'à la psychose.

Lorsque enfin les symptômes de rites obsessionnels envahissent la scène avec mécanisation du comportement et apragmastisme ou bien si les convictions conjuratoires deviennent quasiment délirantes, il ne semble plus s'agir que de stigmates névrotiques, défensifs vis-à-vis d'une structure psychotique sous-jacente.

En conclusion

Si les mécanismes phobiques restent des urgences projectives peu élaborées, une véritable question à propos des névroses reste en suspens : existe-t-il une ou deux névroses?

Dans un premier temps, la transformation de la toute puissance de la pulsion en toute puissance pour la toute puissance (position narcissique), qui fait le lit de la toute puissance de la pensée (et de ses avatars dont la folie du doute), donne l'impression qu'il existe désormais deux systèmes d'élaboration des conflits, même et surtout, s'ils coexistent côte à côte…

Mais, l'autonomie de la pensée raisonnante est toujours un leurre, tant elle est pétrifiée d'affects, même lorsqu'elle essaye d'y échapper à tout prix par l'isolation, le cynisme, le fanatisme froid ou le déni.

Aussi, dans tous les cas, c'est le soubassement hystérique qui reste le maître d'œuvre : refoulé, évanescent dans les états limites, vestige dans les psychoses. On parlera de l'importance du « volant hystérique » sous-jacent.

Mais, du coup, une autre problématique émerge immédiatement et va permettre de décrire deux types d'hystéries.

Face aux dogmes, aux lois morales implacables, aux omnipotences irrespirables, aux paranoïas indestructibles et jusqu'au Surmoi archaïque individuel d'une sévérité redoutable, tous éléments rejetons de la toute puissance de la pensée, l'hystérie, prise au piège, use alors de tous ses subterfuges : conversions, crises, inhibition, exaltation, dépression, humour, mises en représentations créatives (sketches de Zoue)… dans ce qu'on peut appeler « l'insurrection hystérique ».

Cette insurrection peut prendre des aspects psycho-sociaux collectifs mais reste le plus souvent la manifestation d'un conflit individuel (cf. « Le ravissement de Lol. V. Stein » de Marguerite Duras) et peut prendre des aspects très particuliers : l'insurrection hystérique de Cézanne grâce à sa peinture, en particulier dans ses dernières Sainte-Victoire, contre sa propre psychose.

Mais, si l'hystérie reste toujours insurrectionnelle dans la mesure où l'insatiable de la pensée du corps n'est jamais satisfait, il existe malgré tout une position hystérique plus essentielle encore, ce que nous pourrions appeler « l'hystérie existentielle » (Edgar Morin). Cette hésitation à satisfaire le désir pulsionnel peut devenir un ludique efficace qui joue avec l'impossible dans une sorte de sensualité des conduites et des mots. Nous l'appellerons « l'hésitation ludique » de l'hystérie créatrice. Car c'est toujours l'hystérie qui manque même dans ses formes les plus implosives ou caractérielles, c'est-à-dire le ludique hystérique.

Si dans l'Odyssée, Pénélope attend indéfiniment Ulysse, dans sa version moderne, celle de James Joyce, la nouvelle Pénélope, Molly Bloom, elle, sait faire imperceptiblement attendre son nouvel Ulysse, introduisant l'hystérie là où on ne l'attendait pas (*cf. supra*).

Certains musicologues ne parlent-ils pas de « balancement immobile » à propos de la musique de Maurice Ravel?

BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU (D.) — Du fonctionnement psychique particulier à l'intellectuel. In *Topique*. La sublimation voies et impasses II, 34, janv. 1985, pp. 75 à 87.

BALINT (M.) — *Le défaut fondamental*, 1971, Payot, Paris.

BERGERET (J.) — Les états limites. *Rev. Fr. Psychanal.*, 34, n° 4, juillet 1970, PUF, Paris, pp. 600-634. — Les états limites. *Encycl. Méd.-Chir., Psychiatrie*, tome III, 37, 395, A 10, Paris, 1970, pp. 1-13. — *La personnalité normale et pathologique*, 1974, Dunod, Paris. — *États limites et dépression*, 1975, Payot, Paris. — *La violence fondamentale*, 1984, Dunod, Paris. — *Les interrogations du psychanalyste,* 1987, PUF, Paris. — *Le fœtus dans notre inconscient* (avec M. Houser), 2004, Dunod, Paris. — *Antropologie du fœtus* (avec M. Souli, B. Golse et coll.), 2006, Dunod, Paris.

BONNAFE (L.), EY (H.), FOLLIN (S.), LACAN (J.) et ROUART (J.) — *Le problème de la psychogenèse des névroses et les psychoses*, 1950, Desclée de Brouwer, Paris.

BOURDIER (P.) — Aspect du pessimisme freudien. *Rev. Fr. Psychanal.*, *34,* n° 2, mars 1970, PUF, Paris.

BOUVET (M.) — *Œuvres psychanalytiques, la relation d'objet*, 1967, Payot, Paris.

BRAUNSCHWEIG (D.) et FAIN (M.) — *Éros et Antéros*, Payot, Paris, 1971.

BRAUNSCHWEIG (D.) et FAIN (M.) — *La nuit, le jour*, PUF, Paris, 1975.

COSNIER (J.) — *Les destins de la féminité*, 1987, PUF, Paris.

CYRULNIK (B.) — *Sous le signe du lien*, 1989, Hachette. — *Les nourritures affectives*, 1993, Odile Jacob.

DESPINOY (M.) — *Comprendre et soigner l'enfant en échec scolaire*, 2004, Dunod, Paris.

DIATKINE (R.) — L'abord psychanalytique de l'hystérique, Confrontations psychiatr. *Hystérie*, n° 1, sept. 1968, Specia, Paris, pp. 85 à 100.

ELLENBERGER (H.F.) — Living and dying 1972, New York International universities Press. *À la découverte de l'inconscient, histoire de la psychiatrie dynamique*, 1974, Simep Ed., Villeurbanne.

FAIRBAIRN (R.D.) — Une libido en quête d'objet. *In Les stades de la libido de l'enfant à l'adulte. Les grandes découvertes de la psychanalyse*, Bela Grunberger, Janine Chasseguet Smirgel. Tchou, 1978, pp. 193 à 203.

FENICHEL (O.) — *La théorie psychanalytique des névroses*, 1983, PUF, Paris.

FREUD (S.) et BREUER (J.) — *Études sur l'hystérie*, 1956, PUF, Paris.

FREUD (S.) — *Cinq psychanalyses,* 1967, PUF, Paris. — *Inhibition, symptôme et angoisse*, 1965, PUF, Paris. — La prédisposition à la névrose obsessionnelle. *Rev. Fr. Psychanalyse*, 1929, III, pp. 437-447. — *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1956. — Analyse terminée et analyse interminable. *Rev. Fr. Psychanalyse*, 1938-39, 10-11, n° 1, pp. 3-38. — Pour introduire le narcissisme, 1914. *In La vie sexuelle*, 1977, PUF, pp. 81-105. — *Correspondance (Sigmund Freud-Stephan Zweig* (1908-1939), 1991, Rivages, Paris.

GARY (R.) — *La promesse de l'aube*, 1980, Gallimard, Paris.

GENDROT (J. A.). et RACAMIER (P. C.) — La névrose d'angoisse. *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie*, tome II, 37330 A 10, 1967, Paris, pp. 1-9.

GREEN (A.) — Névrose obsessionnelle et hystérie, leurs relations chez Freud et depuis. *Rev. Fr. Psychanal.,* 28, n° 5-6, sept.-déc. 1964, Paris, pp. 679-716. — *Le discours vivant,* 1973, PUF, Paris. — La mère morte. *In Narcissime de vie Narcissisme de mort,* Éd. de Minuit, Paris, 1983, pp. 222-253. — Passions et destins des passions. *In Nouvelle revue de Psychanalyse*. La passion, n° 21, Printemps 1980. Gallimard. Paris, pp. 5-41. — *La folie privée*, 1990, Gallimard, Paris.

GUILLAUMIN (J.) — *Entre blessure et cicatrice*, 1987, Ed. du champ vallon, 01 420 Seyssel.

HOLLANDE (C.) — À propos de l'identification hystérique. *Rev. Fr. Psychan.*, 37, n° 3, mai 1973, pp. 323-330.

LACAN (J.) — *Écrits*, 1966, Seuil, Paris.

LAPLANCHE (J.) — *Vie et mort en psychanalyse*, 1970, Flammarion, Paris. — *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, 1987, PUF, Paris.

LAPLANCHE (J.) et PONTALIS (J.B.) — *Vocabulaire de la psychanalyse*, 1967, PUF, Paris.

LECLAIRE (S.) — L'obsessionnel et son désir. *L'évol. psychiatrique*, 1959, III, pp. 383-408.

MARTY (P.) — La dépression essentielle. *Rev. Fr. Psychan.*, 32, n° 3, mai-juin 1968.

MINKOWSKI (E.) — *La schizophrénie*, Desclée de Brouwer, 1953, Paris.

MORIN (E.) — *Le vif du sujet*, 1982, Seuil, Paris.

PALAZZOLI (M.S.), BOSCOLO (L.), CECCHIN (G.), PRATA (G.) — *Paradoxe et contreparadoxe*, 1978, Éditions E.S.F., Paris.

PERIER (F.) — Structure hystérique et dialogue analytique. Confrontations psychiatriques, *Hystérie*, n° 1, sept. 1968, Specia, Paris, pp. 101-118.

SEGAL (H.) — *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein*, 1969, PUF, Paris.

ZOUC par ZOUC (dialogue avec Hervé Guibret), 2006, Gallimard, Paris.

11 | STRUCTURE PSYCHOTIQUE

P. DUBOR

L'observation médicale « courante » du psychotique ne permet certainement pas de *saisir* l'essentiel de la psychose. Nous en voulons pour preuves les nombreuses et bien souvent excellentes *descriptions* qui en furent données dans la littérature médicale sans que l'on puisse vraiment prétendre en avoir atteint l'essentiel.

Bien avant d'être objet de description, vu du dehors ou pouvant en tout cas être « *reçu* » dans la syntaxe temporo-spatiale qui nous est habituelle, la manifestation psychotique aura pour première caractéristique d'être disposée dans une stratification *tout autre,* méritant vraiment en cela le qualificatif *d'aliéné* qui lui est accordé.

Aliénation de contenu, certes, telle qu'elle se manifeste dans l'hallucination, le délire, les « idées folles » de toute nature, mais surtout *aliénation quant au contenant* et c'est bien là je crois l'originalité de la psychose (et sa gravité aussi par rapport au fonctionnement habituel considéré comme normal) ; l'aliénation de contenant, porte primitivement sur la structuration même du phénomène mental, sur *l'élaboration de la pensée* telle que nous la vivons et la connaissons (bien mal encore…), elle se manifeste tout particulièrement sur la façon dont le système nerveux sensible physiologiquement aux *différences perceptibles* (et non aux *valeurs absolues),* est ancrée d'emblée dans la dimension différentielle et donc la *perception des distances des rapports et des structures.*

Cette sensibilité différentielle du système nerveux nous est restituée dans toutes les formes d'activité mentale.

❐ Au niveau du réel ou de l'imaginaire

– Dans *l'activité* perceptive où les différences formelles sont ressenties dans la découpe spatiale synchronique de l'image.

– Dans *les fantasmes* où en plus des précédentes variations synchroniques s'ajoutent les variations d'ordre diachronique de l'histoire, de l'événement et de la mémorisation.

❐ Au niveau du symbolique

On retrouvera encore l'écho de cette perception différentielle dans la structuration verbale qui reprend dans la découpe oppositionnelle du signifiant, les articulations différentielles du signifié (*cf.* de Saussure [20], Cours de linguistique générale, p. 162).

Ainsi seront successivement *intégrés* dans un réseau de structures de plus en plus différenciées à *valeur sémantique croissante,* les perceptions inhérentes à

la réception de formes réelles et aux investissements économiques qu'elles impliquent d'une part (génératrices du fonctionnement de la partie imaginaire du psychisme) au profit d'une *organisation de plus en plus symbolique* ne laissant subsister que les *lignes d'articulation schématique* structurales (leurs limites) pour ne retenir enfin que leurs représentants verbaux. Ils abandonnent ainsi en partie *l'ordre du réel* (et de l'économique qui lui est relié) en faveur de *l'organisation du sémantique :* ceci compense cela… ou plus exactement ceci complète cela.

Cette organisation différentielle reste la clé de voûte du fonctionnement psychique sain ou névrotique, elle nécessite *l'existence séparée et bipolaire* d'un sujet et d'un monde objectal (ou des représentations de celui-ci).

Dans l'impossibilité de fonctionner sur ce mode, nous nous trouverons en présence d'une *organisation unipolaire* [3] fonctionnant soit dans le clivage[1] absolu (fondamentalement *autre, aliéné),* soit dans la fusion (sans distanciation objectalisante et donc sans prise de conscience possible) ; telle apparaît dans son ensemble ce qui tient *lieu de pensée* chez le psychotique, tel nous paraît être le phénomène le plus remarquable que nous essayerons de traduire dans ces quelques pages. La connaissance théorique de ce *mode d'organisation psychotique,* son approche dynamique et clinique nous paraît en effet devoir être considérée comme plus remarquable que l'explication directe des contenus ou que les descriptions cliniques qui les expriment.

Cet état de chose explique les difficultés toutes particulières rencontrées par les thérapeutes habitués avant tout à l'élaboration et à l'étude des contenus pour aborder celle des *contenants,* qui est, pour nous, le temps premier de l'abord du psychotique, *temps premier mais pas unique* bien sûr, car le temps à proprement parler du *« sens »* existe aussi chez le psychotique, mais relativement dissocié car il n'est pas toujours reçu comme tel par le patient qui pendant toute une période le *parcourt, l'agit,* plus qu'il ne le *comprend.*

C'est une entreprise éminemment hardie de vouloir décrire et traiter la psychose si l'on tient compte de ce que la particularité première du *vécu psychotique* tient comme nous venons de le voir dans la disparition relative du cadre mental de référence, celui que tout le monde reconnaît implicitement comme sien, comme contenu de ses éprouvés, celui à travers lequel on perçoit *(le fond,* sur lequel vient s'inscrire les *différences* dont on parlera), celui qui par conséquent régit la mise en forme la plus habituelle de nos contenus, et qui sert aussi de ce fait de cadre de référence implicite aux descriptions cliniques à envisager.

1. La partie de l'objet et la partie du sujet en contact, séparées de leur totalité respective, forment une pseudo-totalité. L'*objet partiel*, fondamentalement séparé des autres (et donc *alienė*) va, un peu comme dans la *métonymie*, servir temporairement ou de manière durable d'objet total pour un morceau de sujet (ou sujet partiel) qui tient également lieu, temporairement, de *sujet* séparé (du reste du monde comme de la totalité même de son corps : en un mot morcellé et aliéné). Signalons au passage que le terme de sujet partiel n'est pas habituellement employé mais il ne paraît pas plus mauvais que le terme d'objet partiel qui à mon sens ne rend pas compte du fait que cet objet partiel fonctionne en fait à cette époque à la place de la totalité.

Ici ne seront plus seulement les personnages qui sont *« fous »;* dans la psychose, il n'y a, pourrait-on dire, plus de *personnage* et plus de *« monde » :* il y a fusion du tout ou fonctionnement de morceaux clivés. Comment décrire alors la psychose sans donner en premier un aperçu de ce fonctionnement particulier qui bien avant que de s'exprimer par ses contenus significatifs, commencera par imposer à l'interlocuteur un mode existentiel particulier de *mentalisation,* dans laquelle le caractère *préobjectal* imposera un *registre fonctionnel et structural* parfaitement inhabituel qui, je le répète, est spécifique de la *« folie » psychotique.*

C'est donc en premier lieu dans cet abord *formel* qui met en jeu des éléments de mentalisation qui lui sont propres, que nous situerons la première partie de cette étude de la psychose ; je veux parler de la relation *d'objet psychotique* et de ses conséquences immédiates sur ses capacités représentatives et communicatives.

❐ La parole du psychotique

• L'agir et la pensée concrète

L'inaptitude primaire à exister de manière différentielle (et par voie de conséquence à dialoguer) nous amènera à parler du langage du psychotique comme un *non-langage;* celui-ci ne fera en effet qu'*exprimer,* en dehors de la différenciation signifiante verbale, son ouverture insuffisante à toute *altérité* par l'immaturité de la relation d'objet fusionnelle qu'elle comporte. Nous nous attacherons donc davantage à *sentir* à la manière du psychotique l'expérience vitale qu'il parcourt et sa *façon de la traduire.* Nous nous introduirons aussi à ce niveau dans le registre *qui lui tient lieu de langage,* à valeur plus *expressive* qu'à proprement parler *communicative,* vraisemblablement plus proche comme nous l'avons vu du mode de fonctionnement par *l'agir* que d'un fonctionnement *verbal.* Nous déboucherons alors sur les aspects les plus archaïques de l'existence et de la communication, véritable *en deçà relationnel* proche de la fusion dans laquelle, à la différence de ce qui se passe chez le névrosé ou chez le sujet sain, il n'y a ici qu'une expérience fusionnée (et pour ainsi dire qu'un seul lieu de l'action), ou clivée.

Le thérapeute est d'abord partie prenante et par conséquent structurante du sujet dans son *être* avant qu'il ne soit introduit par le biais d'une distanciation naissante dans le registre *Personnant* et *personné* [16] *de l'avoir,* qui fonde, dans *l'altérité, la parole et la prise de conscience du réel.*

Chez le psychotique, l'insuffisance, voire l'inaptitude à la distanciation imaginaire et symbolique laisse naturellement la place à des systèmes équivalents d'expression directe des pulsions, non par mentalisation mais par *réification.*

En effet, il ne s'agit pas d'un phénomène mental vrai, d'une idée ou d'un désir (qui implique forcément l'évocation de l'absent) mais d'une véritable *chosification* de toute ébauche de mentalisation. Le caractère normalement imaginaire de la pensée laisse la place à la *réification hallucinatoire ou délirante* par laquelle une néo- et pseudo-réalité remplace dans *l'immanence perçue de sa matérialité* le caractère aléatoire et seulement *représentatif* de ce qui serait une activité imaginaire véritable, évocatrice de l'absent.

Cette tendance à la réification trouve également une issue dans l'organisation matérialisée et *« agie »* du champ existentiel, dans lequel une certaine découpe organisatrice (à valeur interprétative) du réel devient le dépositaire *externe et réifié* de ce qui aurait été normalement du domaine interne de *l'intention et du désir.*

Cette *extériorisation*[1] *réifiante* permet ainsi de remplacer la prise de conscience interne d'un désir : (c'est-à-dire *l'insight)* par une mise en scène dramatisée visant une certaine organisation du dehors (que j'appellerai pour cette raison : *out-sight),* modalité réifiée et transposée au-dehors dans un effet évidemment défensif, de ce qui aurait dû être du système interne et subjectif de la pensée et de l'affect ; c'est ce que certains auteurs ont appelé la «*pensée réifiante du psychotique*» [21].

Une «découpe» interprétative et projective du réel tient lieu de pensée et servira de champ relationnel au psychotique alors que c'est au *champ du langage et de la pensée,* lieu habituel de rencontre électif et privilégié qu'est dévolue normalement cette fonction.

Pour toutes ces raisons, l'abord du psychotique se réalisera beaucoup mieux au niveau *concret* du geste, de la mimique, des exclamations ou des cris, des connotations ou des intentions qu'il perçoit électivement chez ses interlocuteurs, plutôt qu'au niveau verbalisé, triomphe de l'élaboration préconsciente des pensées conscientes dans une activité dénotatoire rigoureuse. En outre, c'est pour cette même raison qu'il pourra plus facilement «jouer» ses pulsions ou «être joué» dans une *actualisation mimée* et accentuée, proche du psychodrame qu'il ne sera à sa place dans une psychothérapie purement verbale. Chez le psychotique, *c'est l'articulation de ces deux registres qui s'avère primordiale à toute activité de communication.*

De plus, par son aptitude à *s'identifier* au fond plus qu'à s'ériger dans une forme séparée, le psychotique «s'intégrera» mieux par identification à la conversation entre deux interlocuteurs proches plutôt qu'à s'insérer dans un vrai dialogue (c'est pour la même raison qu'il préférera parfois aussi parler de lui à la troisième personne). Il y a là un temps maturant qu'il faut savoir respecter à tout prix chez le psychotique.

Plus sensible aux *valeurs absolues,* aux quantités d'énergie qui l'animent et qu'il perçoit directement dans son vécu corporel profond qu'à la *perception plus intellectuelle des différences et des qualités,* le psychotique sera toujours plus sensible à la «musique» qu'aux «paroles». Disons, pour être plus explicite, que chez lui *l'un ne va pas sans l'autre* et que *l'accès au temps verbal secondaire doit être précédé ou accompagné* logiquement des *divers niveaux de l'agir.*

Cette notion doit rester à mon sens la pierre de touche de toute compréhension et de tout abord psychothérapique de la psychose et du psychotique.

1. Ce mot est de Freud qui dit ailleurs que : «ce qui était dedans revient de l'extérieur» [11].

• L'institution pour psychotiques

Cette particularité du fonctionnement psychotique nous amène à considérer l'importance majeure de son abord thérapeutique en *institution* (et pas uniquement sous la forme d'entretiens). L'institution pour psychotiques devrait, par sa structuration comme dans son fonctionnement, être le *lieu privilégié des agirs,* de leur *récolte* et de leur intégration progressive dans une *organisation signifiante verbale secondaire,* lieu donc de passage électif de l'*out-sight* à l'*insight* par le jeu des introjections réussies.

Sans entrer dans le détail de ces méthodes, mais pour articuler la relation d'objet particulière du psychotique avec le volet thérapeutique qui ne concerne néanmoins pas cet Abrégé, je soulignerai, à titre d'exemple, deux modalités d'approche du psychotique par *l'agir* institutionnel que j'ai décrites par ailleurs, et auxquelles le lecteur intéressé pourra se référer :

– Il s'agit d'une part, sur le plan théorique de notre intervention au Colloque de Lyon : « Psychiatrie et Psychologie Médicale à l'Hôpital Général » — les 20, 21, 22 septembre 1974 — (parue dans la revue : *Psychologie Médicale,* 1975, tome VII, n° 4) où nous avons précisé les raisons théoriques de l'organisation « multicanale » (du « Faire et du Dire ») dans les institutions pour psychotiques, visant à *unifier, dans un effet de totalisation,* le sujet éparpillé dans des *agirs* multiples et clivés.

– D'autre part, dans un ordre d'idée voisin, nous avons décrit une méthode psychothérapique institutionnelle basée sur l'accentuation possible des *introjections structurantes* par l'utilisation successive, à *renforcement réciproque,* des deux temps de *présence et d'absence* dans l'institution ou hors l'institution.

Ayant repéré dans la pratique (et comme la théorie nous permettait de l'espérer) qu'après la période de traitement dans l'institution, le départ pour une certaine durée fixée à l'avance faisait passer le sujet d'un système thérapeutique institutionnel *réel* (par sa présence) à un système faisant appel à l'*évocation imaginaire* (pendant les périodes d'absence) on réalise en fait, lorsqu'on sait respecter un certain délai d'absence (ni trop court, ni trop long, variable selon les sujets et les périodes de traitement), une *accentuation considérable des introjections* par le *jeu renforcé des alternances de présences et d'absences,* reprenant en cela le développement génétique de la mentalisation normale également basée sur l'absence et la présence de l'objet.

Nous n'insisterons pas davantage ici sur cette application pratique : nous avons décrit cette disposition thérapeutique particulière que nous citons seulement pour exemple à propos des utilisations de l'institution comme lieu des *agirs,* dans la thèse d'un de nos internes (B. Estrabol [7]).

L'étude de la relation d'objet laissera progressivement la place à l'organisation clinique, sémiologique, constituant à proprement parler les modalités *cliniques* constitutives d'un certain *regroupement symptomatique* défini par la nosographie classique. Mais après les réflexions d'ordre sémiologique du précédent chapitre, nous éviterons de donner ici une description clinique de l'« *extérieur* », qui aboutirait rapidement à reprendre ce que d'excellents traités ont présenté avec bonheur et d'une façon beaucoup plus complète bien

avant nous, et qui de toute manière ne correspondrait pas à l'objet de nos préoccupations dans le présent travail.

Ici la visée descriptive pure intervient assez peu au regard de la « prise » *relationnelle* et du même coup *thérapeutique* qu'elle instaure en la posant. Enfin, c'est sur les particularités thérapeutiques qu'une telle compréhension laisse entrevoir que nous terminerons cet aperçu de la psychose, conscient de la brièveté clinique que nous nous sommes volontairement imposée au profit d'une *proximité dynamique maximale* dont l'intérêt clinique et l'efficacité thérapeutique compenseront la pauvreté académique.

RELATION D'OBJET PSYCHOTIQUE

Sans reprendre ici complètement le développement de la relation d'objet normal (qui sortirait du cadre que nous nous sommes tracé) nous devons malgré tout situer la place de la psychose dans l'évolution génétique des individus.

Il apparaît manifestement (Freud [11, 12], Abraham [1], Federn [9], Ferencsi [10], Spitz [128], Fromm [16], Reichmann [3, 16, 21] et plus tard Bouvet [3], Nacht [21] et Racammier [7, 8], etc.) qu'elle est essentiellement caractérisée par une fixation et un non-dépassement du registre préobjectal tel que ces auteurs l'ont définie. On admet qu'à l'origine le nourrisson participe pour ainsi dire sur le mode de *la fusion* et de *l'identification* à une *totalité fusionnelle* où il n'existe pas encore de séparation entre le sujet et son entourage et où les échanges ne sont pas perçus comme une acquisition *(du registre de l'avoir),* mais comme une simple *expansion de son être.* On comprend ainsi la prédominance dans cette « dialyse » des mécanismes *d'absorption et de diffusion* propres à cette période qui ont amené à la définir comme appartenant à une *phase orale* du développement. Rappelons tout de suite que l'on entend sous cette appellation non seulement des *mécanismes* mais surtout un niveau de *structuration* (et donc de pensée). Ces mécanismes mettent précisément en jeu des manifestations de type oral (quelle que soit la voie d'introduction considérée (bouche, yeux, nez, anus, peau, etc.). Ils précèdent génétiquement la possibilité de distinguer un *dedans* et un *dehors* (avec les limites que cela implique et naturellement l'espace qu'elles entourent, base du *futur Moi).*

Les modes de fonctionnement de ce système, apparaissant comme essentiellement liés à l'entrée ou à la sortie, seront présidés par le phénomène à double polarité de *l'introjection* (mise en dedans) ou de la *projection* (mise en dehors) sans qu'il y ait pourtant jamais à ce stade, *unipolaire* par excellence, la constitution possible d'une *distanciation objectale véritable,* sans qu'il n'y ait non plus de *différenciation* entre la réalité intérieure et le milieu environnant. La répétition successive des périodes *d'absence,* puis de *retour* de la mère ou de la personne chargée de donner ses soins à l'enfant entraînera la mise en jeu successive de périodes *hallucinatoires de désirs* (avec l'insuffisance des satisfactions qu'elle entraîne) et leur différenciation de la *satisfaction véritable* par la présence *réelle* de l'objet extérieur dont l'enfant a besoin. Les alternances de périodes de satisfaction ou de besoin correspondant

elles-mêmes aux *manifestations alternées des pulsions,* particulièrement de la pulsion alimentaire (sans cependant qu'il y ait à ce stade absence d'éprouvés d'un autre ordre) les sensations alternantes de plénitude et de vacuité, de bien-être et de manque ne tarderont pas normalement à *organiser* le sujet en *entité fonctionnelle,* comme *lieu d'éprouvé* et pour tout dire comme *sujet.*

Ce lieu est primitivement unique au début (seul existe le sujet d'impression qu'est le nourrisson dans son *vécu unipolaire).*

La répétition de la présence et de l'absence jointes à la satisfaction et au manque permettra peu à peu d'isoler le *sujet éprouvant* de son *pôle extérieur* qui du fait de ces expériences ne tarderont pas à se trouver dissociés selon une ligne fonctionnelle de démarcation définie par *l'absence* possible et le manque *(propre aux éléments extérieurs)* et la permanence de l'éprouvé et l'immédiateté de la perception (délimitant *le secteur propre du sujet et de son milieu intérieur).*

Chez le sujet normal le passage de cette situation *fusionnelle et narcissique unipolaire* à la reconnaissance progressive d'une *distanciation bipolaire* sujet-objet inaugure les premières manifestations de *l'autonomisation du Moi* séparé peu à peu du milieu environnant. L'existence « d'un Moi séparé de l'objet qui le fonde » (Lebovici [19]) signe le passage d'un mode d'existence unipolaire à la bipolarité objectale, ce passage tranche ce que les analystes appellent la situation préobjectale, caractérisant le mode de relation d'objet du même nom différenciée de la relation dite objectale caractérisée par la séparation du sujet et de l'objet.

L'heureux aboutissement de ce processus maturant, dit de *personnation* (Racamier [22]) délimite également le dépassement de la *zone de fonctionnement psychotique* et *l'entrée dans la problématique névrotique ou normale.*

Sur le plan du fonctionnement mental, l'organisation d'un *Moi* séparé du *non-Moi* va permettre la différenciation entre la réalité extérieure et la réalité intérieure (ou fantasmatique) d'une part, elle s'avère d'autre part contemporaine de la manière d'être comportementale et psychique particulière, articulée de façon fondamentale sur la reconnaissance implicite du sujet séparé des objets, séparation susceptible d'être exprimée dans ses contenus psychiques, par les *représentations* (distinguées des perceptions du réel extérieur) et enfin *transmissibles verbalement.* C'est précisément l'acquisition de cette existence séparée, de ce *Moi personne,* qui s'avère défaillante chez le patient psychotique

Mère du psychotique

Indépendamment des facteurs organiques qui peuvent toujours intervenir dans les troubles du développement mental, le facteur éducatif et par conséquent le rôle des éléments *génétiques,* en particulier de la *relation maternelle primaire* (comme objet premier *d'identification* structurante), s'avèrent extrêmement importants.

Une place toute particulière doit être faite dans cette perspective à la *mère du psychotique* qui peut par ses attitudes profondes maintenir le nourrisson et

plus tard le patient dans une situation impropre à faciliter l'éclosion des manifestations *personnantes :*

– ***Une mère hyperprotectrice***, ne permettant pas à l'enfant d'accéder au registre du désir en étant toujours présente (et en prévenant ses moindres désirs qu'elle rend ainsi inexistants).

– ***Une mère absente*** (plus rarement), qui ne permet pas à l'enfant de lier (c'est le *temps du désir)* l'attente pénible et les représentations de l'objet désiré.

Dans ces deux occurrences, l'élément notable s'avère être l'insuffisance manifeste de la fonction du désir.

Dans le premier cas : une insuffisance de motivation par la présence excessive de la mère prévient la « *béance* » dans laquelle le désir s'inaugure.

Dans le deuxième cas : la figuration est rendue inutile par le fait qu'elle n'est jamais complétée (et pour ainsi dire renforcée comme temps *intermédiaire)* et plus tard *comme sens* par l'expérience de satisfaction qui ne la connote plus pour l'enfant négligé.

C'est aussi le cas de l'enfant satisfait à contre-temps : cas de la mère qui « n'entend pas la demande » (celle qui lui donne à manger quand il a froid ou qui le couvre quand il a faim, etc.) et qui *injecte* son désir propre.

C'est là une forme de discordance entre le *besoin physiologique* qui s'exprime et le *sens (déviant)* que la mère lui apporte (un peu comme dans une interprétation fausse) ; l'enfant crie et *la mère ne sait pas reconnaître et nommer la pulsion*[1]. *Il ne pourra pas mieux intégrer plus tard par identification* cette fonction génératrice de l'*insight.* On retrouve ici l'une des plus solides racines de *l'inaptitude à mentaliser* [4, 14] les pulsions, à les représenter, et à les dire. C'est aussi l'une des manifestations la plus fréquemment rencontrée chez le psychotique chez qui *la fonction du désir* perturbée s'avère incapable *de signifier réellement le mouvement pulsionnel.*

La fonction maternelle ne s'arrêtera cependant pas à ce rôle pourtant si important de liaison (ou si l'on préfère de *soudure)* de la motion pulsionnelle en cours d'émergence avec son objet signifiant.

À cette défaillance majeure dans son rôle structurant vis-à-vis *du contenant* (c'est-à-dire du *développement des capacités de représentation pulsionnelle)* s'ajouteront des défaillances importantes au niveau du *contenu,* consécutives à la nature propre de ses constituants et en rapport direct avec son organisation mentale : la mère du psychotique n'a pas su laisser s'installer l'ébauche d'une relation personnée, poussée comme on l'a vu, essentiellement par son propre besoin pathologique d'*exclusivité.* Cette disposition d'esprit tendra également à éloigner l'enfant de toute issue vers l'extérieur et tout spécialement vers cet *autre* que représente habituellement le *père du psychotique.*

1. Ni surtout la traduire en « Actes » où s'origine le *sens,* présent à cette époque dans cet *agir* premier. C'est là un point majeur dans la compréhension du psychotique et dans son traitement (v. communication au *Congrès de Psychanalyse de Langues Romanes :* P. Dubor, Lyon, juin 1971).

Non seulement *l'omniprésence maternelle* rendra impossible l'instauration de la relation entre l'enfant et son père mais de plus sur le plan *imaginaire* (sur le plan de la relation existant entre l'imaginaire de la mère et celui naissant de l'enfant), elle éliminera fondamentalement de ses propres contenus tout ce qui peut rappeler et évoquer la place du *troisième personnage,* de *l'Autre,* du *père,* tout ce qui pourrait à ce niveau introduire l'enfant dans une dimension *triangulaire* par la présence reconnue d'un tiers dans *l'imaginaire* de la mère et dans son *discours…*

Ce phénomène qui a été introduit dans la problématique analytique par J. Lacan[1], sous le nom de *forclusion* revêt une importance décisive dans l'édification moïque insuffisante du psychotique.

Pour peu, en effet, que le père du psychotique s'avère à son tour défaillant, qu'il ne puisse aider par sa propre intervention l'enfant dans sa séparation d'avec la mère, ce dernier se trouvera irrémédiablement confiné (c'est ce que la pathologie nous montre) dans le registre *Unipolaire* et *fusionnel* impropre à une implantation objectale satisfaisante, impropre également à un bon fonctionnement mental. Gêné dans sa conquête de l'objet et dans l'instauration de son autonomie, le psychotique (partie non différenciée de la mère préobjectale) ne pourra jamais « accorder » une quête objectale quelconque à son besoin, aliéné par définition et pourrait-on dire par essence, ils constituera de manière discordante deux pôles de fonctionnement qui s'ignorent, entraînant une véritable *dissociation de l'économique et du sens* avec :

– Un pôle interne de « *poussée instinctuelle* » croissante, visant à la décharge spontanée des pulsions (se réalisant alors électivement par des passages à l'acte, directs mais non mentalisés) à valeur essentiellement *économique.*

– Un pôle externe de représentation (car il possède l'équipement mental nécessaire) qui n'exprime pas son désir, désaccordé comme sens mais qui ne sera que *l'écho aliéné* d'un dehors *irrémédiablement étranger,* non médiatisé par le désir et par la pulsion (d'où l'*hallucination et le délire).*

Cette dernière caractéristique explique l'aspect « *discordant* » particulier du psychisme psychotique qui n'est parfois qu'un *reflet du dehors et des autres*[2] assez proche sur ce point de ce que les psychosomaticiens ont décrit sous l'appellation de *reduplication projective* (Marty, De M'Uzan et Ch. David) [20].

Il s'agit là d'une élaboration de pensée amenée de l'extérieur pour ainsi dire *injectée* dans le courant de pensée par voie récurrente. Cette pensée n'exprime pas la perception du réel dans la dimension affective et sélective du sujet et de ses pulsions. Elle représente seulement l'organisation du champ mental sur un mode proche de la reproduction du perçu et selon les modalités fonctionnelles qui caractérisent cette fonction nerveuse.

1. J. LACAN, Réponse au commentaire de J. HYPOLITE sur la « Verneinung » Freud. In « La Psychanalyse », PUF, Paris, I, 1946.

2. *Reflet* non congruant vis-à-vis d'une quelconque motion pulsionnelle, pur *injectat* venant du dehors et des autres (« La voix de son maître »).

Un peu comme l'ordinateur organise les messages qu'il reçoit en fonction de certains programmes reçus du dehors, sans pouvoir jamais y apposer une quelconque donnée qui serait personnelle (l'ordinateur n'a pas de désir, il exécute), le psychotique, organise souvent comme il en a la possibilité physiologique (c'est-à-dire selon une programmation d'ordre sensoriel qui est définie par l'existence d'un système nerveux, les images et les *perceptions* dans une *syntaxe* qui n'est pas l'expression d'un désir ou d'un choix ressenti comme personnel. Elle apparaît comme un reflet de l'organisation extérieure apportée pour ainsi dire *du dehors.*

Incapable qu'il est de produire et de reconnaître comme siennes les *représentations chargées de le signifier,* le psychotique n'a pas la possibilité de séparer nettement la perception réelle du monde extérieur, de ce qui serait le résultat d'une activité de *mentalisation figurant un désir* (et reconnu comme tel) comme *activité mentale d'origine interne.*

Il sera alors facilement le siège de la *méprise hallucinatoire ou délirante* qui ne fait qu'exprimer cette inaptitude à séparer le *réel* du *fantasmatique* non assumé comme tel : il *projettera,* c'est-à-dire qu'il constituera, sous la forme *perceptive d'une pseudo-réalité externe* les éléments figuratifs de ses mouvements pulsionnels (internes) sans ressentir, comme c'est le cas normalement, toute la subjectivité qui caractérise chez le sujet normal l'éprouvé habituel du *désir* dans son *élaboration fantasmatique et représentative,* en tant qu'image *mentale* différenciée de la *perception.*

Après avoir ainsi défini la psychose comme modalité de mentalisation caractérisant la non-séparation du sujet et de l'objet (sous le signe de la *fusion* et de la *non-personnation*) nous envisagerons les grands axes syndromiques regroupant sous des « appellations diverses » les grands ensembles fonctionnels correspondant aux formes particulières de relation d'objet précédemment définies et regroupées dans les découpes d'une *taxinomie nosographique.*

Organisation du Moi

Marquée comme nous l'avons souligné par l'absence plus ou moins grande de l'organisation objectale, c'est à niveaux différents de ce parcours, allant du *narcissisme primaire* vers l'organisation *anale,* en passant de la phase orale *schizoparanoïde* à la *dépression* diraient les *kleiniens,* sans oublier les aspects particuliers du passage de l'objet *dit partiel à l'objet total,* que vont se dérouler ces différentes stratifications de la relation objectale et leurs aspects cliniques.

Ces phases occupent, comme on le sait, toute la période dite *orale de l'organisation libidinale,* que nous retrouvons chez les patients psychotiques fixés aux différents degrés de cette structuration *préobjectale* (et naturellement *prégénitale*).

Nous devons cependant signaler ici que c'est seulement *l'organisation du Moi* qui n'a pas atteint le stade objectal et ses stratifications, organisation qui, dans ses différentes étapes (orales, anales et phalliques), permet d'accéder progressivement aux aspects essentiels de la *structuration objectale* (surtout *œdipienne*). Cette dernière soulève, comme on l'a vu par ailleurs, les aspects

séméïologiques et cliniques de cette problématique qui vise essentiellement l'organisation normale ou l'organisation névrotique (traitée par ailleurs). Je voudrais insister sur le fait que c'est seulement la *progression maturante* de ces structurations successives et leur achèvement dans la *primauté du génital* qui manquent chez le psychotique, ce ne sont pas comme on pourrait le penser les *expériences* vécues de l'éprouvé anal ou génital qui sont naturellement présentes chez le psychotique (que l'on ne doit pas confondre avec le *nourrisson* comme on le voit faire trop souvent) : le psychotique a eu, durant sa vie, des *expériences* de la série anale ou génitale ; ce sont les phases de structuration *anale ou génitale* qui sont mal définies chez lui.

Mécanismes d'emprunt

Selon les cas, nous retrouvons chez le psychotique des mécanismes de défense névrotiques, tels que J. Bergeret et J.-P. Chartier les ont décrits (du type obsessionnel ou hystérophobique) ou des mécanismes beaucoup plus régressifs impliquant un certain retour au narcissisme primaire (tel qu'on le voit par exemple dans l'autisme et l'apragmatisme schizophrénique) toute symptomatologie n'ayant de valeur que *d'emprunt,* représentant pour le patient des tentatives de solution d'un genre ou d'un autre sans qu'il s'agisse d'une *organisation structurale véritable,* et en particulier sans la solidité qui caractérise les *vraies structures* (v. sur ce plan le travail de J. Bergeret).

Elle signifie en réalité l'utilisation *d'ensembles fonctionnels* existant chez le patient tels que la possibilité de « faire des obsessions » ou « faire de l'angoisse » dans lesquelles éventuellement l'*angoisse de castration* permettra de fuir temporairement l'*angoisse de morcellement* qui pourrait l'étreindre dans certaines conditions. C'est ainsi que l'on voit par exemple des authentiques psychoses schizophréniques « s'accrocher » désespérément à certaines *formations obsessionnelles* qui les aident à se maintenir « *in situ* » tel un piquet planté dans la terre meuble, présentant ce que l'on appelle alors pour les différencier des manifestations existant dans une véritable structuration obsessionnelle, des *obsessions dites dégénératives* qui sont très différentes quant à leur compréhension.

Nous nous bornerons dans ce qui va suivre à présenter les principaux regroupements symptomatiques apparaissant sous des appellations diverses et dans des entités cliniques différentes comme *modalités d'organisation* à différents niveaux de la *structuration préobjectale.*

ORGANISATION CLINIQUE

Autisme

Le premier et le plus archaïque de ces niveaux d'organisation est certainement caractérisé par l'*autisme schizophrénique* dont la manifestation essentielle réside, pour fuir le « trauma » d'une impossible bonne relation avec les objets environnants, dans une *fixation* élective et persistante à un mouvement de

désinvestissement systématique du monde extérieur et dans le retour *hors représentation et hors mentalisation* (laquelle met en scène les objets et le dehors) à un vécu proche du biologique. Cela se trouve réalisé dans le retour à l'état *narcissique primaire* invoqué pour le *sommeil*, sommeil qui peut d'ailleurs être manifeste chez certains sujets qui « dorment » ou qui du moins se maintiennent dans un *clinostatisme* à peu près permanent, dans la classique « *position en chien de fusil* » également appelée « *position fœtale* », qui indique bien l'extrême niveau de régression de leur vécu habituel. Cette position *autistique* peut d'ailleurs s'accompagner dans les formes extrêmes d'un rejet systématique de tous les contacts et en particulier d'un refus alimentaire qui peut venir compliquer considérablement le pronostic sur le plan vital…

Une remarque s'impose à ce niveau quant aux possibilités de compréhension de tels états régressifs. Si l'on peut en effet invoquer sur de telles manifestations le retour à une situation fœtale, avec la relation maternelle intra-utérine qu'elle implique, il serait profondément erroné de penser à une quelconque *intentionnalité signifiante* de la part du patient (ce qui les différencie des manifestations hystériques pouvant réaliser la même symptomatologie extérieure).

Il s'agit en effet bien plus d'un essai de retour au *zéro objectal* assumé dans une réification à valeur d'*agir* primaire, déchargeant hors toute *mentalisation* et toute *intention signifiante*, hors *communication* aussi, la *néantisation* systématique de tout ce qui pourrait de près ou de loin impliquer une quelconque dépendance objectale ou relationnelle, même au niveau purement représentatif (destruction de la pensée).

Elle supprime en outre comme on peut le constater dans cet *agir néantissant*, toute possibilité de *constituer un quelconque désir*, dont l'élaboration se trouve pour ainsi dire escamotée. Ce dernier est remplacé par sa réification immédiate : *l'agir remplace le désir qu'il empêche ainsi d'apparaître.*

C'est ainsi que la passivité *totale et agie* qu'on rencontre dans ces apragmatismes schizophréniques *remplace par avance tout désir* (et toute prise de conscience du désir) de retourner, dans un mouvement vers un *narcissisme premier*, à la totalité bienheureuse d'une position omniprésente d'avant la dépendance objectale. C'est à cette attitude que l'on peut rattacher je crois l'essentiel du *processus de chronicisation* [3] (hospitalière ou non) que l'on attribue à la passivité du patient vis-à-vis de sa maladie et de son monde extérieur. La solidité à toute épreuve de ces états bien connus en milieu « asilaire » traduit en fait une *stabilité économique majeure,* obtenue dans le confort relatif de cet éprouvé de toute-puissance que cette position anobjectale[1] leur confère.

1. Et donc *sans manque* conscient.

Catatonie

Un autre niveau de cette position anobjectale est obtenu je crois dans la *catatonie* où comme on le sait le phénomène prédominant s'avère être une contracture musculaire quasi totale avec rigidité du tronc et des membres, dont l'essentiel réside sur le plan de la musculature en une contraction simultanée des muscles agonistes et antagonistes, fixant d'une manière curieuse toute motricité segmentaire et donnant au patient une apparence statufiée (dite conservation des attitudes).

Ce phénomène musculaire au demeurant classique dans ces formes cliniques de schizophrénie implique un vécu bien particulier dont l'un des aspects majeurs est certainement constitué par le « blocage » anticipé de tout mouvement, par conséquent de toute *démarche* vers un quelconque objet. La position catatonique implique, je crois, *sur le mode musculaire agi*, la disparition réelle de toute initiative motrice (et donc du désir qu'elles impliqueraient) chez un sujet ainsi dispensé d'avance de toute *quête objectale*.

Délire paranoïde

Un autre élément de cette relation d'objet préobjectale s'avère certainement (et c'est probablement le plus connu) la *création hallucinatoire ou délirante* qu'on rencontre en clinique dans la *schizophrénie paranoïde.* Tout se passe à cette période comme si le sujet, qui n'a plus la possibilité de se maintenir dans *l'anobjectal* (comme c'était le cas précédemment) n'est pas encore capable de se situer dans *l'objectal vrai* (c'est-à-dire comme *Moi-sujet,* séparé de son objet qui serait éprouvé comme *objet-séparé* du milieu ambiant, phénomène dans lequel on pourrait parler de l'existence d'un *objet séparé et total*).

À ce stade intermédiaire, entre les deux extrêmes que nous venons de définir, se situe un niveau de relation d'objet particulière, dans lequel les objets existants ne sont plus niés, mais dans lequel ils ne sont pas non plus perçus comme séparés du sujet (et appartenant donc au monde extérieur différencié), il s'agit d'un stade par lequel *l'objet, consubtantiel* au sujet, est ressenti comme appartenant à son *être* (perçu) mais non encore à son *avoir.* Dans cette expérience il est impossible de séparer *a priori* l'objet *externe* véritable, source de satisfaction pulsionnelle, de sa *représentation hallucinatoire,* préfiguration externe du désir, dans lequel il y a réactivation hallucinatoire d'origine interne) de la trace mnésique d'une satisfaction antérieure éprouvée à son contact.

À ce niveau le sujet n'est pas capable de dissocier son désir ou son fantasme de la perception extérieure qui a même valeur pour lui. Il en résultera généralement une confusion profonde du *réel* et du *fantasmatique,* de *l'intérieur* et de *l'extérieur,* de l'expérience *objective* et *subjective,* qui précisément à ce stade intermédiaire ne sont pas séparés.

Ceci explique la richesse particulière de ces formes cliniques en manifestations hallucinatoires ou délirantes.

Les objets ne sont appréhendés séparément et comme totalité séparée que par un sujet total (entendre par là : *séparé* du milieu ambiant et en relation avec

lui après la constitution du *Moi*). Chez le psychotique, les objets sont au contraire perçus comme partie constitutive de son être et l'on rejoint ici la qualité dite *d'objet partiel*[1], mise en valeur par Mélanie Klein [17]. La qualité d'objet partiel étant je crois coextensive à cette notion de *sujet partiel,* qui caractérise précisément le *pôle du sujet,* avant la constitution véritable d'un Moi séparé, fondant dans le même mouvement comme on le sait le *sujet total* séparé de ses *objets* également *totaux.*

C'est précisément cette caractéristique de l'objet partiel qui justifie je pense l'aptitude toute particulière à la *projection hallucinatoire ou délirante* d'une partie du sujet dans cette autre *partie de lui-même* qui est à ce stade le monde extérieur dont il n'est pas différencié. Je me dois de préciser que cette définition du caractère partiel de l'objet (partie de Moi non différenciée) n'est pas exactement la définition que Mélanie Klein en a faite, mais nous avons préféré conserver cette appellation qui explique de la sorte le rapport du sujet avec son objet partiel et qui vient à mon sens s'adjoindre aux études kleiniennes sur la question (sans s'y opposer d'ailleurs). La définition kleinienne de l'objet partiel est plus précisément basée sur la possibilité, telle que Freud l'avait montré, de placer dans un processus de clivage *la partie mauvaise du Moi au-dehors du sujet* (la partie bonne restant de ce fait intériorisée). L'opération ainsi réalisée est ce que l'on convient d'appeler *la projection du mauvais objet.* Cette projection du mauvais objet n'est réalisable à ce stade qu'en raison précisément de la non-séparation du sujet et de l'objet telle que nous l'avons définie plus haut. Ce mouvement de projection à l'extérieur sous forme hallucinatoire ou délirante de *l'objet mauvais* représente l'un des mécanismes les plus typiques du *mouvement oral* qui est représenté comme on le sait pendant toute cette période par la possibilité de déplacement dans un mouvement de dialyse allant de l'un des pôles vers l'autre (pôles pas encore séparés à ce stade comme *subjectal* et *objectal*) dans certains de leurs éléments constituants. L'avantage de cette projection psychotique réside dans la possibilité d'éloignement vers le *bout distal de la partie mauvaise,* c'est la projection *dans* le milieu extérieur, *consubstantiel* (et non *sur* le milieu extérieur comme cela se voit dans la projection phobique névrotique par exemple).

Cette attitude se caractérise sur le plan clinique par l'apparition de manifestations délirantes ou hallucinatoires dans lesquelles le sujet vit comme *« exogène »* ce qui pourrait être ressenti comme mauvais (c'est le cas par exemple des idées délirantes de persécution ou *l'agressivité du sujet* est rapportée aux autres, à l'extérieur…), il conserve aussi pour lui-même les avantages indiscutables sur le plan économique d'une telle situation, *« le dedans est toujours bon… »,* le sujet peut ainsi toujours s'aimer et s'estimer digne d'amour dans cette situation privilégiée.

Il est intéressant de constater qu'à ce stade spécifique de la relation d'objet schizophrénique, tout semble montrer un flou considérable de la *fonction du sujet* topiquement dispersé dans de *multiples îlots* caractérisant le vécu dit

1. Dont nous avons déjà parlé précédemment : v. p. 70.

« morcelé » de l'existence schizophrénique dans son contexte clinique majeur : *l'aliénation.* Celle-ci représente le fonctionnement caractéristique de ces Moi astructurés fonctionnant de ce fait uniquement sur le mode parcellaire du sujet partiel et de l'objet partiel sans pouvoir jamais aboutir à une élaboration plus complète d'un *Moi* différencié de son monde objectal. Sur le plan clinique cette attitude se traduira par l'aspect particulièrement « flottant » des patients qui ne peuvent pour ainsi dire jamais « mettre au point » sur la réalité du moment.

Délire paranoïaque

Il en sera tout autrement dans l'organisation dite *paranoïaque* de la personnalité. Celle-ci caractérisée cliniquement par la surestimation de soi-même et le mépris des autres, représente, comme Racamier [24] l'a dit : l'évidence d'un « *Moi organisé et non aliéné » (c'est-à-dire* d'un Moi *topiquement érigé)* capable « *d'une démarche organisée, d'un acte réfléchi, moulé dans une forme sociale connue »*

Dans ces structures plus « évoluées » que les précédentes, le Moi est apparemment constitué comme existant (je dis bien apparemment) mais il ne peut admettre l'existence objectale que dans la mesure où l'objet lui permet d'assumer la toute-puissance de son contrôle sur lui. Ceci est une condition essentielle de l'organisation objectale du paranoïaque.

Il s'agit en fait d'une contrepartie *narcissique* évidente pour un Moi particulièrement fragile dont la *toute-puissance* affirmée peut seule compenser la perte (toujours blessante pour le narcissisme) de l'omniprésence primitive. Si le sujet n'est plus partout, au moins faut-il qu'il soit le *centre, l'agent déterminant et créateur,* auquel l'objet (tel l'esclave libéré) « devra sa vie et sa fonction ».

Dans cette phase importante et délicate de l'histoire du Moi *« l'objet n'est pas considéré pour lui-même, il n'est jamais qu'un instrument… ».* J'ajouterai volontiers qu'un instrument qui ne sera jamais séparé de son créateur que pour lui *confirmer* ainsi à peu de frais l'impression de sa *toute-puissance* et de sa formidable *valeur* dont il ne peut se départir.

De même que le paranoïde peut, s'il le désire, en s'éparpillant, séparer la bonne partie de lui-même de la mauvaise qu'il a clivée, de même le paranoïaque *(se constituant fictivement en sujet séparé)* n'y arrive qu'à la condition expresse de contrôler la répartition des biens, en s'adjugeant à tout prix ce qui peut être bon. Il y a deux ou plusieurs sujets *morcelés* chez le paranoïde pour qui la constitution de l'objet reste aléatoire et il n'y a qu'un *sujet parfait* et qu'un *objet-poubelle* (ou dépotoire selon Racamier) pour le paranoïaque qui ne peut s'ériger en entité séparée qu'à la condition d'être la meilleure partie du système.

Ceci explique en outre le choix *homosexuel* préférentiel de ces patients qui *se* cherchent partout dans cette démarche. Il est à noter que ce choix homosexuel du paranoïaque parfaitement signalé par Freud [13] dans son étude du cas Schreber, représente en fait, comme il l'avait dit, un choix intermédiaire et

pour ainsi dire un terme de passage entre le *narcissisme* ou amour de soi-même et *l'amour objectal.*

Sur le plan également de la relation à la mère, on peut dire que le schizophrène représente une partie non séparée de cette dernière. Il semble pour le paranoïaque, qui apparaît comme tout récemment séparé de son objet primaire, qu'il doive éviter à tout prix la rencontre affective et engloutissante avec cette dernière jugée beaucoup trop dangereuse parce que encore trop importante. Il défend ainsi la fragilité de *son autonomie* récente par la *projection* rejetante vis-à-vis de cette dernière (ou de toute situation qui peut être évoquée).

Faute de pouvoir maintenir *la fusion totale* et le confort *narcissique* qu'elle représente, le *paranoïaque* maintient dans cette position son statut de *bon sujet* protégé des attaques de la mauvaise mère-objet ainsi tenue à distance.

Il peut ainsi s'affirmer comme *sujet* relativement *séparé* tout en conservant les avantages narcissiques que cette projection lui confère : faute de continuer à tout posséder il ne peut finalement fonctionner qu'à la condition expresse de se sentir possesseur de *tout ce qui est bon.*

Cette dernière précision rend inutile de préciser, je pense, le côté *déréel* (au sens de délirant) de ces personnalités apparemment fort assurées, de leur incommensurable et pathologique *orgueil,* de leur *mépris* des autres qu'ils observent avec une curiosité *méfiante,* et dont ils ne peuvent s'approcher qu'avec les plus extrêmes réserves (*cf.* : leur *réticence* habituelle) et pour en détecter les éventuelles *turpitudes…*

Inapte à tout désir qu'il considère comme dangereux, le paranoïaque, faible sous sa pseudo-puissance, essayera sans cesse de se faire confirmer dans sa bonne conscience par autrui : il n'aura pas ainsi à découvrir son désir d'être aimé. Il utilise pour cela volontiers la voie désaffectivée de la *justice* qu'il ira chercher dans d'interminables *procès,* ou de la *raison* dans des discussions *logiques,* parfois surprenantes, et où la rectitude de son raisonnement voudrait cacher à lui-même et aux autres l'indigence tragique de sa duplicité.

Cette brève description du paranoïaque *hyperstructuré et systématisé* dans ce que l'on pourrait considérer comme une « carapace caractérielle » rigide, nous entraîne fort loin du *flou*, *de l'absence de limite, pour tout dire de l'irréalité et de toute immatérialité* de son pendant schizophrénique : *le paranoïde.*

Dépression

Un autre niveau de l'organisation préobjectale du Moi pourra être représenté par la position clinique dite *dépressive* dont *l'organisation orale* s'exprime selon l'autre modalité fonctionnelle qui la caractérise : je veux parler, par opposition à la *projection,* de l'activité dite *introjective.* Dans cette éventualité qui, d'après Mélanie Klein, est la plus proche de la position objectale vraie, tout se passe comme si le sujet perdant ses illusions mégalomaniaques et narcissiques d'omniprésence et de toute-puissance constituerait une première *relation réelle* et objective avec le monde extérieur dans laquelle il se découvrait par contrecoup *faible* et *impuissant,* dépendant, parfaitement *incapable*

d'affirmer son Moi dans l'assomption et la domination[1] réelle des objets, objets désormais *séparés* (et à conquérir) fondamentalement différents des premiers objets constitutifs de l'identification primaire.

C'est au contraire dans l'éprouvé amenuisant et dangereux de dépendance vis-à-vis de l'objet maternel tout d'abord, puis des objets tout court ensuite, qu'est perçu dans un vécu fondamental *de faiblesse tragique* et de *dépréciation,* le nouveau sentiment d'exister qui s'élabore.

À *l'utopie déréalisante du schizophrène* (utopie au sens étymologique d'absence de lieu) ou à *l'hypertopie manichéenne du paranoïaque,* basées toutes deux sur le déni du réel échappant à la toute-puissance du Moi, nous opposerons le *vécu dépressif* comme étant caractérisé par la reconnaissance réelle de l'objet comme existant séparément et plongeant du même coup le sujet qui se voit ainsi «*réduit à ses propres dimensions*» dans le *sentiment dramatique* de son *impuissance.* Chez certains patients, il est courant de rencontrer à la suite d'événements divers (deuils, échecs, pertes d'êtres aimés ou d'objets aimés, ou parfois même à l'opposé : satisfaction ou réussites inattendues, etc.) un retour à *la position dépressive* que nous venons d'entrevoir et dans laquelle, comme Freud [12] l'a bien montré dans son travail intitulé «*Deuil et mélancolie*», le préjudice subi par le sujet (qui ne peut se résoudre à abandonner définitivement *l'objet frustrant)* l'entraînera dans le mouvement régressif inverse, caractérisé par la reprise à l'intérieur de lui-même, sur le mode de *l'identification, par introjection du mauvais objet,* destiné à le *conserver malgré tout.*

Cette identification contenant le *caractère mauvais* de la nouvelle introjection se traduira par la coloration affective particulière à la dépression : par la *dépréciation fondamentale, la tristesse, le pessimisme foncier et l'absence de tout élan vital…,* elle se manifestera sur le plan clinique par *l'effondrement psychomoteur, le ralentissement de la parole et du geste, l'idéation lente,* et la *douleur morale.* Elle caractérise, avec l'effondrement physique et la fusion avec le mauvais objet dans la mort, le tableau classique de la *mélancolie.*

Cet effondrement durera, selon les sujets, un temps fort variable, il se résoudra souvent dans le mouvement inverse dit *mouvement maniaque,* dans lequel le caractère pénible de *l'évidence objectale* sera *dénié.* Un peu comme dans la non-différenciation schizophrénique ou dans la projection du mauvais au-dehors du paranoïaque, on retrouve ce mouvement d'une certaine manière dans la manie (et ce, malgré la constitution de l'objet comme existant réellement et séparément, *pseudo-dépassement* magique de la dépendance objectale déniée).

Vécu dans l'excitation et le *triomphe maniaque* dans la joie bouillante et parfois clastique, *l'agitation psychomotrice, la fuite des idées,* les associations *ludiques,* les *jeux de mots, le débit verbal et gestuel augmenté,* ces états maniaques constituent pourrait-on dire la *négation défensive de la dépression.*

1. Au sens de possession.

Il permet de comprendre l'existence chez les mêmes patients de périodes tantôt maniaques, tantôt dépressives, l'une étant pour ainsi dire la position défensive par rapport à l'autre, réalisant le tableau classique de la *psychose maniaque dépressive* de Kraeplin.

Ceci nous explique également toutes les variétés possibles de cette association clinique, allant du simple tableau de mélancolie récidivante sans épisode maniaque, avec entre ces deux extrêmes *l'alternance* dite *cyclique* de l'une ou l'autre de ces formes pathologiques entrecoupées d'épisodes de normalité clinique habituellement complète. L'existence chez ces patients d'une relation d'objet total déjà constitué peut expliquer en outre la possibilité de guérison clinique ultérieure dans laquelle le commerce objectal normal en dehors de ces périodes de décompensation permet de retrouver dans une certaine limite des périodes caractérisées par un vécu non psychotique (ni mélancolique, ni maniaque) et ayant fait justifier par les auteurs anciens, pour la psychose dite maniaco-dépressive, un pronostic clinique relativement favorable.

RELATIONS ENTRE DÉRÉALISATION, DÉPERSONNALISATION ET DÉLIRE[1]

J. BERGERET

En passant rapidement en revue quelques mécanismes psychiques primordiaux dans leur ordre régressif, on peut envisager successivement que le refoulement, principal argument névrotique, se situe surtout au niveau du génital. En cas d'échec habituel du refoulement, le Moi recherche un mécanisme assez fréquent dans toute la pathologie limite (*cf.* chapitres sur « le problème des défenses » et sur « les états-limites et leurs annexes »), le dédoublement des imagos liés à d'autres mécanismes annexes de projection, de forclusion, de déni. Freud a dit qu'ainsi le Moi acceptait de se déformer plutôt que d'avoir à se fragmenter. Pourtant si ces mécanismes échouent, nous risquons d'aller plus loin dans les atteintes à l'intégrité du Moi, en direction des processus psychotiques : ce Moi commence par se cliver, par se dédoubler avant d'en arriver éventuellement à son ultime dégradation : l'éclatement, le morcellement en noyaux épars ayant perdu toute liaison entre eux.

Le stade de dédoublement des imagos correspond à une double relation avec la réalité : une partie de la réalité extérieure, vécue comme positive et rassurante, est appréhendée correctement par le Moi, mais une autre partie de la

1. Il s'agit de notions très controversées en psychopathologie, les confusions sont fréquentes en effet entre dépersonnalisation, déréalisation, délire, morcellement du Moi, clivage du sujet, clivage du Moi, clivage de l'objet, clivage des imagos et un certain nombre de données voisines ou mises en avant tout au long des théories ou des années...

réalité, considérée comme gênante, frustrante, inquiétante ou dangereuse, se trouve soit déformée dans un sens plus rassurant, soit plus ou moins déniée. C'est là une attitude bien courante chez les immatures de tous âges en dehors même de (et je dirais avant même) toute organisation structurelle nettement définie. Un tel clivage portant sur les représentations objectales peut conduire à des phénomènes de *déréalisation* souvent confondus à tort avec la dépersonnalisation. Un exemple tout à fait typique nous en est donné par S. Freud dans sa lettre à Romain Rolland : « Un trouble de mémoire sur l'Acropole ».

La dépersonnalisation proprement dite constitue une opération psychique plus régressive encore. Si cette dichotomie portant sur les imagos n'arrive pas à endiguer la pression anxiogène, le Moi du sujet doit aller jusqu'à sa progressive fragmentation ; il en arrive à se dichotomiser lui-même. Ce n'est plus seulement l'objet externe avec lequel il est nécessaire de prendre des précautions et des distances, mais l'objet interne, lié au narcissisme primaire, se trouve peu à peu sacrifié, plus ou moins perdu. Si cette perte narcissique va jusqu'à une récupération fantasmatique sur le corps du sujet, on s'arrête aux mécanismes hypocondriaques ; ou bien si cet essai de récupération fantasmatique demeure au niveau du psychisme lui-même, on en arrive à la position autique. Mais il existe une situation, en général peu stable, où il n'y a pas encore besoin de « délire » corporel ni psychique, dans laquelle l'objet narcissique a été perdu (ou est en train d'être perdu) sans avoir pu obtenir encore de récupération compensatoire, ni dans le sens régressif préobjectal ni dans le sens salvateur objectal ; c'est le moment de la crise de *dépersonnalisation.*

Il s'agit, dit M. Bouvet, d'échapper à la situation anxiogène en ne s'y trouvant plus, tout en n'ébranlant pas trop encore la structure du Moi. Au-delà de ce stade, on arrive au *dédoublement de la personnalité* s'accentuant parfois jusqu'à sa *fragmentation* complète en noyaux épars. À partir de ce moment toute une partie du Moi reconstruit une néoréalité fantasmatique plus rassurante ; c'est le *délire.*

Déréalisation, dépersonnalisation, dédoublement du Moi, fragmentation et délire ne sont que des étapes successives dans le sens régressif d'un Moi non pas en simple conflit de manipulation génitale des objets (comme dans les névroses classiques), c'est-à-dire en conflit interne, avec lui-même, mais en réelle difficulté de contact avec les objets externes et internes, l'ensemble de leurs représentations se trouvant plus ou moins externalisées dans tout ce qu'elles présentent de trop angoissant.

La déréalisation, nous dit S. Freud, peut facilement survenir chez une personne normale, c'est une simple faille du fonctionnement mental ; une partie de la réalité devient étrangère à sa propre personne ; alors que la dépersonnalisation correspond à une partie du Moi qui devient étrangère à soi-même ; c'est un « doute de conscience ». Lorsque les défenses contre les pulsions (en particulier de refoulement) ou contre la réalité (en particulier le déni) ne peuvent suffire, une partie des représentations pulsionnelles et objectales précédemment éliminées fait retour au conscient qui ne les reconnaît pas. C'est là le côté « étrange » ressenti par le sujet aussi bien dans les phénomènes de déréalisation que dans la dépersonnalisation. C'est un effondrement

régressif du Moi devant l'échec des défenses anciennes, le sujet n'osant plus investir sa libido sur les objets externes ni sur son propre corps et ne pouvant non plus s'identifier à un objet maintenu total. Une partie de ce qui était « intérieur » doit être vécu comme « extérieur » aux limites du Moi. Nous nous trouvons très près des descriptions des enfants en « dépression anaclitique » (R. Spitz) ou des enfants « symbiotiques » (M. Mahler). De même que l'image de soi, le sentiment du « soi total », se constitue chez l'enfant à partir de la connaissance de l'objet ; plus tard, toute difficulté de reconnaissance, d'appréhension, de perte de l'objet, peut conduire à un trouble du sentiment de réalité (déréalisation) ou du sentiment de soi (dépersonnalisation).

Cependant, la dépersonnalisation n'est nullement contemporaine du délire car le statut fantasmatique de l'objet n'y est pas encore totalement occulté ; la place où devait se trouver l'objet demeure, quoique vide ; le patient le sait encore, dans la mesure où justement il sent que cette place se trouve inoccupée (hallucination négative).

On se garderait de conclure ce paragraphe sans distinguer nettement la *dépersonnalisation vraie* (crise aiguë opérée par un mouvement régressif préobjectal fantasmatique important) avec la simple *angoisse de dépersonnalisation* si fréquente dans les organisations immatures, encore instructurées du type par exemple des diverses variétés d'états-limite.

Ces deux phénomènes sont liés aux problèmes de la perte de l'objet mais le premier se situe au niveau d'une régression préobjectale alors que le second demeure le plus souvent arrêté à une dialectique orale. La dépersonnalisation vraie correspond à un affaiblissement primaire du narcissisme, étape d'alarme, et défense contre le délire. La simple angoisse de dépersonnalisation ne signe qu'un affaiblissement progressif et secondaire du narcissisme ; c'est surtout une étape, un signal et une défense dans le registre dépressif (plutôt que délirant) ce qui ne veut pas dire, bien sûr qu'on ne puisse passer éventuellement de la seconde à la première série de phénomènes (*cf.* états-limites).

L'UNIVERS PSYCHOTIQUE

J.-Paul CHARTIER

Sans être univoque la psychose constitue un univers psychique étrange inhabituel et inconnu.

L'étrangeté, le psychotique lui-même peut l'éprouver en particulier dans les débuts de schizophrénie où l'insolite se mêle au sentiment de transformation du monde. P.-C. Racamier insiste sur le fait que l'émergence hors de la psychose présente également une phase de retour au sentiment d'étrangeté.

En réalité l'étrange pour le psychotique c'est la malléabilité habituelle du psychisme humain, il s'en échappe en faisant éruption hors de l'histoire

individuelle. La continuité de sa propre existence ne peut prendre corps que par la maîtrise de la nouveauté (Binswanger) en une pétrification du temps dont la forme ultime est la statue catatonique.

Dans la névrose, l'énergie pulsionnelle peut s'amarrer dans une intériorité psychique par l'intermédiaire d'un système pulsion-défense : on peut ainsi parler de « conflits intérieurs ». Dans la psychose, les motions pulsionnelles n'arrivent pas à constituer un système pulsion-défense en raison de la carence d'images d'identifications. Ces dernières, en effet, aménagent le fondement, l'étayage primordial de l'intrication pulsion-défense. Or, ici, elles sont labiles, peu fiables ou terrifiantes. Il existe, en effet, toujours une introjection d'imagos et ceci même dans le cas de la psychose, à la différence près toutefois, que seuls les plus archaïques — issus de la projection de la mégalomanie infantile — prennent pied sous forme d'un surmoi sadique et tout-puissant. Dans la névrose, le sédiment archaïque est recouvert par un surmoi œdipien, humanisé par les images d'identifications paternelles et maternelles. Dans la psychose, les motions pulsionnelles ne sont confrontées qu'au surmoi archaïque terrifiant et aucun système intériorisé ne peut être constitué. Il existe une véritable « schize » — peut-être la schize la plus fondamentale du monde psychotique — entre pulsions et ce qui pourrait servir de défenses. Aussi, il ne reste plus qu'une solution, l'évacuation à l'extérieur et en ordre dispersé de tous ces éléments d'où le primat des mécanismes de projection.

Il faut cependant bien s'entendre sur les mots : la projection névrotique est fondamentalement différente dans la mesure où il y a projection de l'ensemble du système pulsion-défense, c'est-à-dire de l'image préformée due au travail d'intériorité psychique (par exemple : le jeu du gendarme et du voleur). Rien de tel dans la psychose où la projection est d'emblée morcelée en éléments épars : pulsions, surmoi sadique, vestiges d'identifications. De plus, la projection est une nécessité vitale puisqu'il n'y a pas comme dans la névrose, un système tampon aménagé permettant de capitaliser l'énergie pulsionnelle sans qu'elle devienne pour autant trop persécutive.

Ainsi, il faut opposer à l'histoire singulière de l'Œdipe dans la névrose, la géographie totalitaire de la projection dans la psychose et en tirer toutes les conséquences. Cette géographie explique le dilemme essentiel de l'organisation psychotique : comment projeter à l'extérieur sa substance sans en perdre le contrôle, c'est-à-dire sans subir une hémorragie définitive.

Le système paranoïaque obtient une certaine réussite dans la résolution de ce dilemme en plaçant sur orbite les produits de ses projections sans les perdre de vue. Le contrôle paranoïaque consiste donc à maintenir les objets projetés à bonne distance, ni trop près en raison du risque de retour de la projection qui prend la forme d'une persécution, ni trop loin en raison de la perte de substance et de la perspective du morcellement effectivement réalisé.

Les moyens pour maintenir coûte que coûte cette bonne distance sont considérables et divers. Les auteurs de la psychiatrie classique parlaient de phénomènes de « barrages », notion que nous pouvons extrapoler pour l'ensemble des mécanismes de défense contre le retour de la projection. Ils peuvent consister simplement à refuser d'entendre la parole d'autrui dont les phrases sont dilacérées, les mots morcelés, les lettres pouvant dès lors tomber

goutte à goutte dans son estomac sans aucun danger. Ou encore à s'enfermer dans le mutisme et à n'en sortir que lors d'une conversation entre des tiers de manière à échapper au risque d'une intrusion directe tout en surveillant le développement des événements. D'autres moyens plus subtils peuvent consister à prendre le sens figuré pour le sens propre et inversement. Enfin en cas de détresse, le patient psychotique peut essayer de gaver son vis-à-vis en lui transmettant des associations folles afin de l'y perdre ou de le rendre fou (S. Resnik).

Mais la réussite la plus grande revient à envahir le corps de l'autre, en particulier celui du thérapeute, et à le manipuler de l'intérieur par l'angoisse qui y a été littéralement injectée. C'est l'identification projective décrite par Mélanie Klein.

Parfois, les objets satellisés cessent d'être persécuteurs et sont momentanément considérés comme de bons objets, du seul fait de leur équilibre géographique (ni trop près, ni trop loin). C'est ce qui peut se produire lorsqu'un nouveau venu apparaît dans l'entourage du psychotique et qu'il est pris pour un «bon objet». Le psychotique semble y placer ses trésors, mais rapidement la situation se normalise, c'est-à-dire que le nouveau venu fait bientôt, lui aussi, partie des persécuteurs : les bons objets semblent avoir été contaminés par les mauvais.

Ainsi, l'existence des bons objets n'est souvent qu'une apparence due à un équilibre momentané du système. Par contre, celle des mauvais objets, c'est-à-dire la nécessité pour le psychotique de s'entourer de ses persécuteurs n'est plus un mystère lorsqu'on a compris qu'il s'agit du retour des projections que le psychotique doit en quelque sorte garder sous la main. Le caractère persécutoire des projections est de règle pour deux raisons déjà connues :

– D'une part, les motions pulsionnelles sont originellement persécutrices dans la mesure où l'échec de l'apprivoisement/séduction, qui permet aux excitations primitives de se transformer en système amour/haine, laisse à l'état sauvage un quantum de tension qui ne manque pas de se retourner sur le sujet d'une manière ravageuse et terrorisante. On comprend que, face à une telle situation, l'évacuation projective soit la seule issue possible.

– D'autre part, les lambeaux de surmoi archaïque et mégalomane introjectés vont reconstruire un monde persécutoire dont la seule fin va être d'édifier un dieu vengeur ou du moins un chef de bande tout-puissant, les autres personnes de l'entourage et la population tout entière n'étant en définitive, que des pantins. C'est la raison pour laquelle le psychotique a un tropisme exacerbé pour toute image d'autorité, lieu d'élection de ses projections mégalomanes : il y trouve la seule reconstitution d'une image narcissique qui, fut-elle folle, lui permet de retrouver une certaine unité de l'univers.

Les pulsions sexuelles, elles-mêmes, sont également évacuées et souvent d'une manière élective sur le corps des parents ou de leurs substituts donnant une apparence de liens œdipiens : «ma mère est une putain», «le tracteur, c'est mon père qui vient me violer la nuit». Ce vestige œdipien n'est plus sous le coup du refoulement d'où cette émergence de l'inconscient chez le psychotique, mais il ne s'intègre plus dans la singularité d'un devenir individuel, il

tombe dans la généralité et n'est plus qu'un cadavre car il y manque le travail des pensées latentes (préconscient).

L'érotisation des conduites psychotiques, latentes ou déplacées (anorexie, boulimie) ne doivent pas être prises non plus pour l'expression d'un conflit œdipien ; il s'agit d'une érotisation secondaire qui prend souvent une forme toxicomaniaque. Seul un contenu visuel est parfois dépositaire d'une trace authentiquement œdipienne (voyeurisme, vestiges d'imagos infantiles).

Il existe cependant des projections qui échappent réellement au registre persécutoire, on retrouve alors souvent des vestiges d'identifications (fausses reconnaissances). La question de l'existence de bons objets réels se pose en effet dans un certain nombre de cas et on parle alors de l'existence d'une partie saine. Elle se manifeste essentiellement par la recherche de moyens de contentions échappant au registre paranoïaque et faisant appel à des objets intermédiaires, voire transitionnels : qu'il s'agisse de l'encadrement du lit, des limites de la pièce de psychothérapie, de « l'enveloppe hôpital » (S. Resnik) ou simplement des vêtements ; des mots du thérapeute dans lesquels le patient s'enveloppe comme dans une couverture, éventuellement de la camisole quand il la demande lui-même, des médicaments ou même de certificats administratifs d'internement alors qu'il est en sortie d'essai. Il s'agit en fait par cette contention de « se bricoler » un moi substitutif externe, point d'appui des vestiges d'identifications.

Ultime moyen de reconstruction du monde, le mécanisme de clivage permet de préserver les bons objets de la contamination des persécuteurs. Tout est utilisable pour se faire qu'il s'agisse de la différence des sexes ou de la distinction de territoires : les lieux d'activité professionnelle peuvent par exemple échapper aux persécuteurs à la différence de la vie privée ou inversement.

Enfin en dernier ressort, le clivage fondamental consiste à rejeter à l'extérieur les mauvais objets et à ne conserver qu'un bon objet en peau de chagrin dont l'ultime ressource reste bien évidemment la toute-puissance mégalomaniaque.

La schizophrénie signe, elle par contre, l'échec de la contention paranoïaque et par conséquent, de toute tentative de reconstruction d'une cohérence possible de l'univers. En face de l'hémorragie morcellante qui domine, la mégalomanie n'a plus qu'une voie : la néantisation (délire de négation) de l'intériorité psychique qui se projette dans un premier temps sur le corps : « corps sans organes », dira Antonin Artaud, sans poumon, sans estomac, sans cerveau. Mais, cette néantisation intérieure est encore de trop : elle est projetée elle-même sur l'univers qui devient à son tour vide. Tel est le recours autistique qui n'a rien à voir, comme le croyait Bleuler, à un repli sur soi mais correspond au contraire à l'évacuation la plus totale possible de ce qui risquerait de constituer l'embryon d'une existence psychique : marche à grands pas stéréotypés, yeux perdus dans le vague, indifférence totale à l'environnement. Voilà pour l'autisme, pièce essentielle de la schizophrénie hébéphrénique. La catatonie, elle, présente la tentative ultime et implacable du surmoi archaïque : sujet vide statufié qui n'a plus rien à échanger avec un univers vide et mort. Quant à la schizophrénie « paranoïde » elle représente une tentative avortée d'organisation paranoïaque d'où son nom : il subsiste des

vestiges délirants atypiques et morcelés mais souvent d'autant plus riches qu'ils échappent au stéréotype paranoïaque.

La conclusion de cette description sera de trois ordres et chaque fois en contrepoint de la position névrotique :

– Supporter l'existence de conflits dans son psychisme suppose une bonne image de soi-même, c'est-à-dire un narcissisme suffisamment développé. Dans la psychose, comme cette image vient à être défaillante, c'est la mégalomanie, seule arme de rechange, qui assure la relève.

– L'absence d'une élaboration du sens œdipien à travers les avatars de la vie libidinale réduit le mécanisme de la psychose à la priorité absolue de l'économique sur le sens. Le symbolisme se réduit à une géographie des projections : évacuation et contention.

– L'ubiquité de l'univers psychotique est l'arête centrale de la structure psychotique :

- D'une part, il s'agit d'un univers délivré du refoulement où l'inconscient semble mis tout cru sur la table, les communications sans borne : avec les parents morts depuis plusieurs années, les voisins distants de plusieurs kilomètres, ou avec la lune et les étoiles. C'est *l'univers fusionnel.*
- D'autre part, cette relation au monde faite de contention, de négation (au sens de déni) et de projections éparses aboutit à un univers complètement morcelé, autistique ou réfugié dans une paranoïa imprenable. C'est *l'univers vide.*

Univers fusionnel et univers vide se répondent exactement comme « le corps passoire » et « le corps sans organe » décrits par Gilles Deleuze à partir de l'univers d'Antonin Artaud.

La communication tous azimuts correspond à la négation de toute communication. À l'inverse de la névrose, où la castration, cheville ouvrière de la finitude, permet la communication avec le monde.

BIBLIOGRAPHIE

[1] ABRAHAM — *Les états maniaco-dépressifs et les niveaux prégénitaux de la libido,* 1924, Collected Papers Hogarth Press, London, 1949.

[2] BINSWANGER (L.) — *Le cas Suzanne Urban,* 1957, Desclée de Brouwer, Paris.

[3] BOUVET (M.) — « La clinique psychanalytique. La relation d'objet. » In *Psychanalyse d'aujourd'hui,* 1956, PUF, Paris, pp. 41-121.

[4] DELEUZE (G.) — *Logique du sens*, 1969, Éd. de Minuit, Paris.

[5] DUBOR (P.) — « Dissociation de l'économique et du sens chez le psychotique : utilisation du réel dans l'agir. » Communication au colloque sur les psychoses au *Congrès des psychanalystes de Langues Romanes,* Lyon, juin 1971.

[6] DUBOR (P.) — Psychiatrie et Psychologie médicale à l'Hôpital général. Intervention au *Colloque de Lyon,* les 20, 21, 22 sept. 1974.

[7] ESTRABOL (B.) — *Les Hospitalisations alternantes.* Thèse 1974, Lyon.

[8] FAIN (M.) et DAVID (Ch.) — « Les aspects fonctionnels de la vie onirique… » Rapport au *Congrès des psychanalystes de Langues Romanes,* Barcelone, 1962.

[9] FEDERN (P.) — *Ego, psychologie and the psychoses,* (1928-1949). 1953, Imago Publication, Londres.

[l0] FERENCZI — Définition de la notion d'introjection, 1912. In *Final Contribution to the problems and methods of psycho-analysis*. 1955, London, Hogarth Press, p. 316-318.

[11] FREUD (S.) — *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905). 1923, Paris, Gallimard.

[12] FREUD (S.) — Deuil et Mélancolie (1917). *Rev. Fr. de Psychanal.,* 1936, Métapsychologie. 1952, Gallimard, Paris.

[13] FREUD (S.) — « Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa : Le Pt. Schreber. ». In *Cinq psychanalyses,* 1936, Denoël et Steele, Paris.

[14] FREUD (S.) — Quelques mécanismes névrotiques de la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité, 1922. *Rev. Fr. de psychanal.,* 1932, *5,* p. 391-401. *Collected Papers,* tome II, 1953, Hogarth Press, London, p. 232-243.

[15] FREUD (S.) — *Weitere Berner Kungen über die Abwehr Neuropsychosen*, 1896, G.W., I, 392-403, S.E., III, 174-185.

[16] FROMM-REICHMANN — Thérapeutique Management in a Psychoanalytic Hospital. *Psycho-analytic quaterly,* 1947, 16, p. 325-356.

[17] KLEIN (M.) — *Contribution to psychoanalysis,* 1920-1945. 1948, Hogarth Press, London, trad. franç. : *Essais de psychanalyse,* 1967, Payot.

[18] LACAN (J.) — *Écrits.* 1966, Seuil, Paris.

[19] LEBOVICI (S.) — *Une observation de psychose infantile : Évol. psychiatr.,* fascicule IV, oct.-déc. 1956.

[20] MARTY (F.), DE M'UZAN (M.) et DAVID (Ch.) — *L'investigation psychosomatique,* 1963, PUF

[21] NACHT et RACAMIER — « La théorie psychanalytique du délire ». Rapport *XX*e *Congrès des Langues Romanes*, 1958. In *Rev. Fr. de Psychanal.* 22, n° 4, 5.

[22] RACAMIER (P.-C.) — Le Moi, le soi, la personne et la psychose. *Évol psychiatr.,* 1963, n° 4, 525-550.

[23] RACAMIER, DIATKINE, LEBOVICI et PAUMELLE — Le psychanalyste sans divan. 1970, Payot, Paris.

[24] RACAMIER (P.-C.) — Esquisse d'une clinique de la paranoïa. *Rev. fr. Psychanal.,* 30, n° l, 1966, p. 145-149.

[25] RESNIK (S.) — *Personne et psychose.* 1973, Payot, Paris.

[26] ROUART — « Agir et processus psychanalytique ». Rapport au *Congrès des Langues Romanes,* 1967, Paris.

[27] F. DE SAUSSURE — *Cours de Linguistique générale,* 1968, Payot.

[28] SPITZ — Genèse des premières relations objectales. *Rev. Fr. Psychanal.*, 18, 1954, 4.

12 LES ÉTATS-LIMITES ET LEURS AMÉNAGEMENTS

J. BERGERET

LEUR EXISTENCE

Les appellations de « cas-limites », « états-limites » ou de « border-lines » correspondent aux mêmes entités morbides. Le terme de « border-lines » fut employé pour la première fois par V. W. Eisenstein en 1949, mais l'évidence de tableaux cliniques ne correspondant ni à la lignée psychotique classique, ni à la lignée névrotique classique était apparue bien avant cette date aux psychiatres ; dès 1883 avec les « formes atténuées de Schizophrénie » de Kraepelin et 1885 avec l'Héboïdophrénie de Kahlbaum.

On a compté plus de quarante termes utilisés pour désigner des formes pathologiques mal répertoriées et en marge autant des états névrotiques que des états psychotiques. Certains termes (« personnalités psychopathiques », « personnalités *as if* », « personnalités perverses », etc.) mettent l'accent sur la notion de « personnalité », incontestablement pour marquer une différence avec la notion de « structure », ou bien insistent sur l'aspect « caractériel » de ces patients. Une autre tendance se réfère essentiellement à une position « paraschizophrénique » (Schizomanie, Schizoïdie, Schizothymie, Schizose, Schizophrénie pseudo-névrotique, apsychotique, larvée, mitis, latente, bénigne, ambulatoire, simple, etc.) ; c'est la catégorie la plus féconde en adjectifs variés et imprécis situant nos entités *à côté* de la schizophrénie. Une tendance plus récente décrit aussi des syndromes atypiques pouvant survenir *avant* une éclosion psychotique proprement dite. On se réfère déjà à la notion de prépsychose mais dans un sens équivoque qui recouvrirait à la fois de véritables structures psychotiques non décompensées et d'autres organisations non psychotiques mais pouvant éventuellement évoluer vers une psychose vraie ; d'où une incontestable confusion.

S. Freud est parti de sa définition du conflit névrotique (« Psychonévroses de transfert ») pour établir peu à peu des distinctions entre les différentes catégories non névrotiques. L'introduction du concept de Narcissisme, la mise en relief du rôle de l'Idéal du Moi, la description du choix d'objetanaclitique, la découverte du rôle joué par les frustrations affectives de l'enfant amènent S. Freud à reconnaître en 1931 l'existence d'un type libidinal « narcissique » sans Surmoi complètement constitué, où l'essentiel du conflit postœdipien ne se situe pas dans une opposition entre le Moi et le Surmoi, de même qu'il avait dépeint en 1924 une *déformation* du Moi se présentant comme intermédiaire, justement, entre l'éclatement psychotique et le conflit névrotique. Les

derniers travaux de S. Freud décrivent le clivage et le déni et font allusion justement à un type « narcissique » de personnalité auquel nous ne cesserons de nous référer.

Du côté des névroses, les post-freudiens ont décrit de plus en plus de « personnalités » ou de « caractères » ne cadrant plus tellement avec les critères classiques et œdipiens de la névrose. La ligne générale des travaux de M. Klein et de ses élèves se montre caractéristique à ce point de vue. M. Bouvet, de son côté, a développé la notion d'une relation d'objet « prégénitale » très distincte de la relation d'objet psychotique mais fort différente aussi de la relation d'objet du névrotique car les références à l'Œdipe demeurent bien fragmentaires ou occasionnelles. Dans les descriptions, pourtant si vraies cliniquement, de M. Bouvet, la triangulation œdipienne ne peut pas arriver à jouer le rôle d'un véritable organisateur comme c'est le cas dans la névrose.

Il en est de même des recherches en tous sens portant sur la pathologie du caractère, sur les comportements pervers, sur la dépression, sur le fonctionnement mental des malades psychosomatiques. On peut citer aussi les travaux de R. Spitz sur la dépression anaclitique, de G. Gueix sur les « névroses d'abandon » et l'évolution des enfants « symbiotiques » décrite par M. Mahler.

Du côté des psychoses, les auteurs insistent essentiellement, à l'heure actuelle sur le conflit entre le Ça et la réalité, sur le refoulement de la réalité objective et sur la reconstruction d'une néoréalité subjective. L'éclatement fragmentaire du Moi, achevé ou non, mais inscrit dans la psychose, permet d'éliminer de cette catégorie des entités voisines dans lesquelles le Moi se défend par le dédoublement des imagos et déni mais sans dédoublement vrai du Moi, sans fragmentation, réalisée ou potentielle, en îlots multiples et épars. La notion de prépsychose elle-même semble se préciser dans le sens d'un état antérieur à l'explosion du Moi en ses divers morceaux, mais déjà dans la ligne de cette fragmentation préalablement inscrite dans le Moi lui-même dès qu'il s'agit d'une véritable structure psychotique.

Les états-limites se trouvent ainsi de plus en plus cernés économiquement comme des organisations autonomes et distinctes à la fois des névroses et des psychoses.

POINT DE VUE GÉNÉTIQUE

Nous avons développé au chapitre concernant la notion de « structure » les confusions possibles concernant les adjectifs « névrotique » et « psychotique » et nous avons précisé ce qui caractérisait la fixité, la stabilité et l'originalité des deux seules structures authentiques : la structure psychotique d'une part, la structure névrotique de l'autre.

Dans une première étape, les états initiaux du Moi du petit enfant, après sa distinction du non-Moi, demeureraient encore plus ou moins indifférenciés, sans structure stable. Dans une seconde étape, il y aurait ensuite des états où les lignes de force déterminées par les conflits, les frustrations, les effets des

pulsions et de la réalité, les défenses du Moi et ses réactions aux poussées internes et externes, commenceraient à s'orienter vers la constitution d'une structure authentique. Dans une troisième étape, on aboutirait enfin à une véritable *structure* (décompensée ou non). À ce moment-là, de même que dans la cristallisation d'une substance minérale, les lignes de clivage se trouveraient solidement et définitivement constituées et ne pourraient plus varier.

De même que lorsqu'un cristal minéral se brise, il ne peut le faire que selon les lignes de forces préétablies, de la même façon quand une structure névrotique se décompense, elle ne peut donner naissance qu'à une névrose et quand une structure psychotique se décompense cela ne peut donner lieu qu'à une psychose. Il n'y a pas de communication possible entre la lignée névrotique et la lignée psychotique une fois la structuration véritablement achevée, autrement dit après la troisième étape décrite plus haut.

SITUATION NOSOLOGIQUE

Par rapport à de telles définitions qui constituent pour nous des points fixes, les états-limites se situent à la fois *entre* la structure névrotique et la structure psychotique mais au niveau de la première et de la deuxième étape seulement de l'organisation du Moi, telle que nous venons de la définir plus haut, c'est-à-dire *avant* qu'il y ait déjà constitution d'une structure au sens véritable et figé du terme.

Lignée psychotique[1]

Elle est considérée par les auteurs contemporains comme marquée, à son point de départ, par des traumatismes ou des frustrations graves de la période fœtale ; le « soi » en cours de formation ayant été amené à établir, à cette période, de tenaces fixations à des arrêts du développement affectif et relationnel, de même que des déformations durables sur lesquelles se produiront les régressions ultérieures au cours de l'enfance, de l'adolescence (principalement) et de l'ensemble de la vie du sujet. De telles perturbations initiales se compliquent pendant la période orale ainsi qu'au premier sous-stade anal (dit « sadique »). Une telle ébauche d'organisation subirait un silence évolutif pendant la période de latence et l'adolescence qui survient ensuite amènerait les bouleversements considérables que l'on sait sur le plan structurel et, à ce moment-là, tout pourrait à nouveau être mis en question : le sujet garderait encore une petite chance de voir l'axe d'évolution de son Moi quitter la lignée psychotique, pas encore complètement fixée, et aller figer sa progression ulté-

1. Il n'est traité ici que du problème de la psychose de l'adulte. Il est bien fâcheux que le même terme de « psychose » puisse être employé dans des conditions si différentes chez l'adulte (Moi morcelé) ou chez l'enfant pour recouvrir, dans ce dernier cas, des entités bien diverses allant des grands déficits neuro-affectifs aux dysharmonies évolutives profondes (demeurant proches de nos états-limites pendant tout un temps) en passant par les véritables désorganisations du Moi, voisines des psychoses de l'adulte.

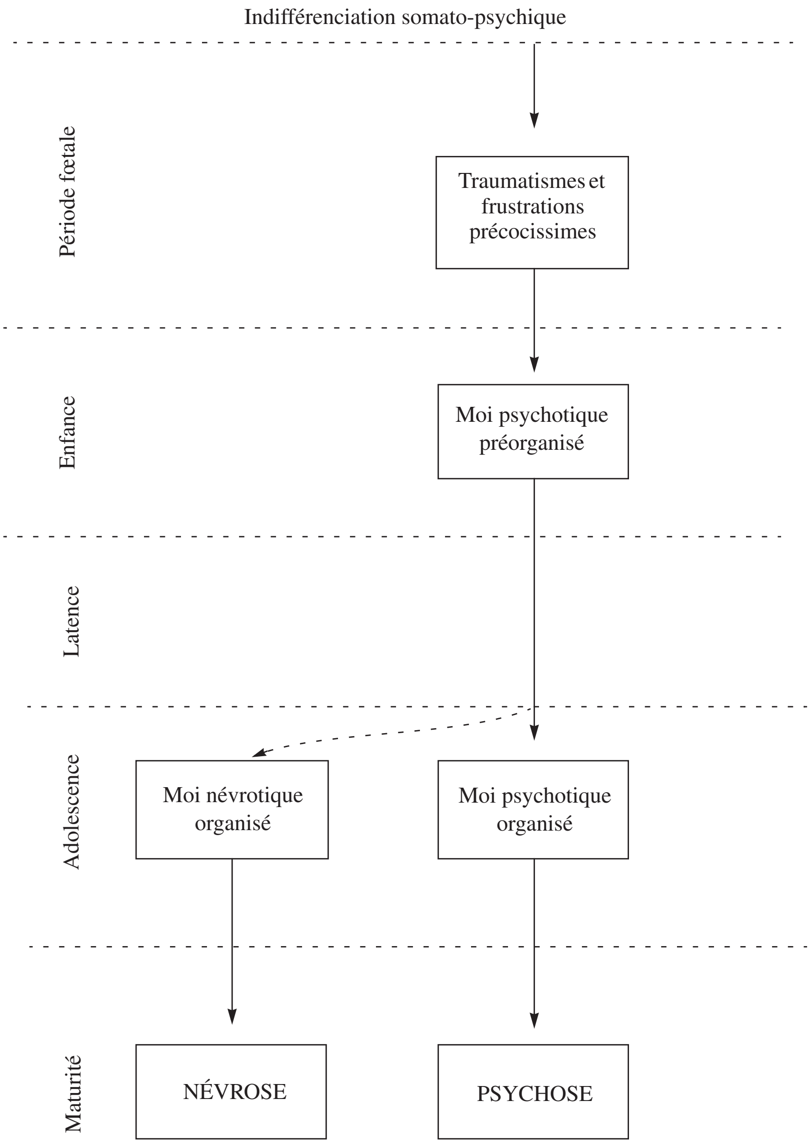


FIG. 2. — *Mode de structuration psychotique.*

rieure dans le cadre d'une structure névrotique, à ce moment, définitive, et pouvant, en cas de maladie, donner naissance à une névrose classique de type hystérique ou obsessionnel.

Cependant, au moment de l'adolescence, dans l'immense majorité des cas, un Moi préorganisé psychotiquement va tout simplement poursuivre son évolution au sein de la lignée psychotique dans laquelle il se trouve déjà suffisamment engagé; il s'organisera ensuite, de façon définitive, sous forme de structure psychotique véritable et stable. Il ne sera plus possible de revenir là-dessus ultérieurement : si le sujet tombe malade, si « le cristal se casse » à la suite d'un accident intérieur ou extérieur, nous ne pourrons voir éclore qu'une *psychose* sous des formes variées certes, mais sans autre possibilité pathologique.

Lignée névrotique

Elle poursuit (fig. 3) quant à elle une évolution assez banale jusqu'au moment du conflit œdipien, c'est-à-dire, chez le garçon, la période correspondant à la fin du stade anal (phase anale de rétention) et au stade phallique. Si, par suite du conflit œdipien et de ses avatars, il existe de trop fortes fixations ou des régressions trop importantes à ces deux stades, le Moi va se préorganiser selon un système relationnel et défensif de mode névrotique. De même que pour la lignée psychotique, la période de latence va opérer ici un arrêt de l'évolution structurelle, alors qu'au contraire l'arrivée dans l'adolescence déclenchera des bouleversements structuraux identiques à ceux qui étaient décrits plus haut au sujet de la lignée psychotique. Si, à ce moment, les conflits internes et externes s'avèrent trop intenses, le Moi peut être amené à se détériorer davantage, à recourir à des systèmes défensifs et relationnels plus archaïques dépassant la simple économie pulsions-Surmoi au profit d'une mise en question plus ou moins sérieuse de la réalité et nous repassons ainsi dans la lignée précédente conduisant à une évolution dans le sens d'une structure psychotique définitive. Cependant, dans la majorité des cas, le Moi névrotiquement préorganisé demeure dans le cadre névrotique et tend à s'organiser de façon définitive selon la ligne de structuration *névrotique.* Cette organisation ne pourra plus varier par la suite et si un sujet de cette lignée tombe malade, il ne pourra faire qu'une des formes habituelles de névroses : hystérie d'angoisse ou de conversion ou bien névrose obsessionnelle, seulement.

AMÉNAGEMENT LIMITE

Mais le problème reste posé sur le sens de l'espace vide laissé entre les deux lignées structurelles névrotique et psychotique. C'est un domaine beaucoup moins rigide, beaucoup moins solide structurellement et beaucoup moins définitif, beaucoup plus mobile aussi, 1e domaine des *états-limites* et de leurs divers aménagements plus ou moins bien réussis.

On rencontre en effet très couramment en clinique quotidienne des patients dont le Moi a dépassé, sans trop d'encombres, le moment où les frustrations

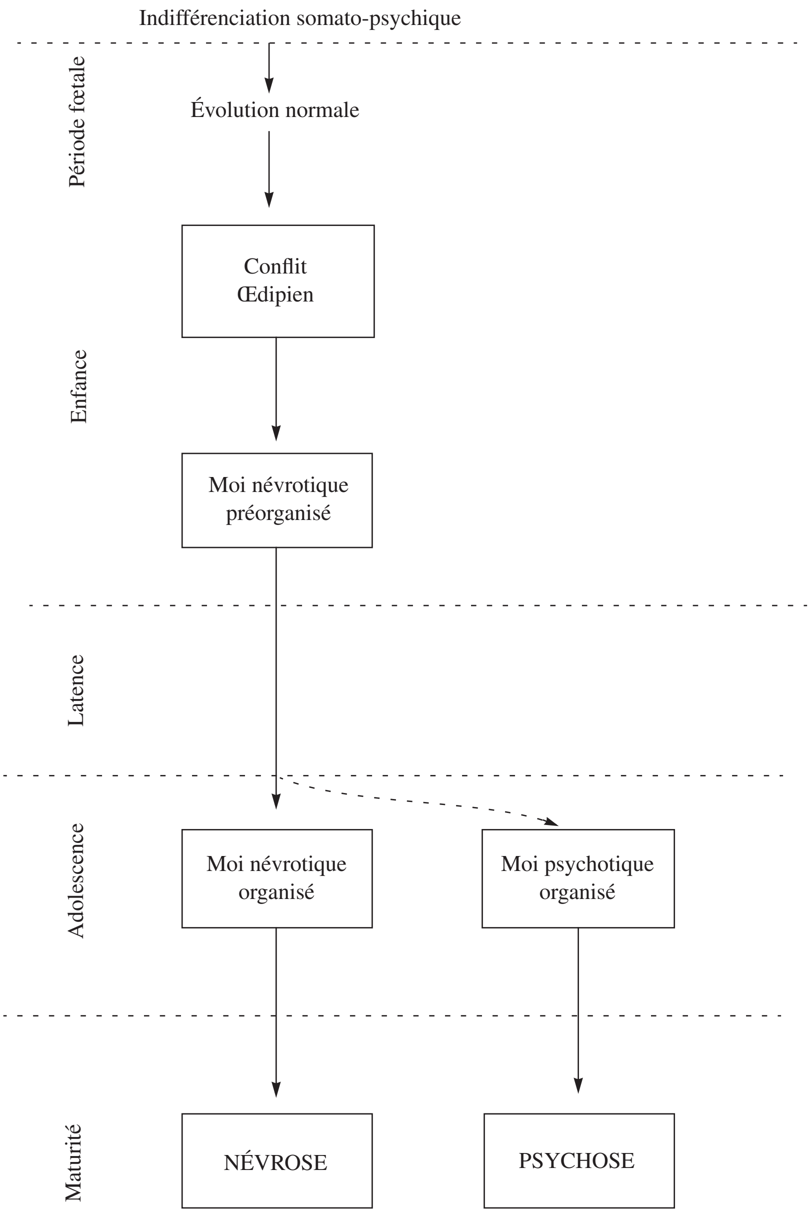


FIG. 3. — *Mode de structuration névrotique.*

du premier âge auraient pu opérer des fixations prépsychotiques tenaces et fâcheuses et qui n'ont pas, non plus, dans leur évolution ultérieure régressé à de telles fixations. Cependant au moment où s'engageait pour eux l'évolution œdipienne normale, ces sujets ont subi un *traumatisme psychique* important.

Ce traumatisme doit être pris au sens affectif du terme, c'est-à-dire qu'il correspond à un émoi pulsionnel survenu dans un état du Moi encore trop inorganisé et trop immature sur le plan de l'équipement, de l'adaptation et des défenses : par exemple une tentative de séduction sexuelle quelconque de la part d'un adulte. C'est entre autres le cas de « l'homme aux loups ». Autrement dit, l'enfant est entré, à ce moment-là, trop précocement, trop brutalement et trop massivement en contact avec des données œdipiennes. Cet émoi génital précoce constitue un véritable traumatisme affectif à lui tout seul, car il ne peut être reçu par l'enfant selon un mode perceptif et relationnel, objectal achevé et génital. Le Moi ne peut alors que chercher à intégrer cette expérience anticipée aux autres expériences du moment, il range cette perception du côté des frustrations et des menaces pour son intégrité narcissique. Un tel sujet n'aura pas de possibilité de négocier cette perception dans le contexte d'une économie triangulaire et génitale comme pourrait le faire, un peu plus tard et mieux équipé, une structure névrotique. En particulier il lui sera impossible de s'appuyer sur l'amour du père pour supporter des sentiments éventuellement hostiles envers la mère et inversement. Il lui sera difficile d'utiliser le refoulement pour éliminer du conscient l'excès de tension sexuelle ou agressive. Il se verra obligé de recourir à des mécanismes proches de ceux qu'emploie le psychotique : déni,identification projective, dédoublement des imagos, maniement omnipotent de l'objet.

Ce traumatisme (fig. 4) jouera en quelque sorte le rôle de « *premier désorganisateur* » de l'évolution psychique du sujet. Il arrêtera sur-le-champ l'évolution libidinale, pourtant commencée dans des conditions normales. Cette évolution se trouvera figée d'emblée et parfois pour très longtemps, dans une sorte de « pseudo-latence » plus précoce et plus durable que la latence normale ; elle recouvre en effet ce qui aurait dû correspondre par la suite à la période de bouillonnement affectif de l'adolescence et se prolonge également souvent pendant toute une partie (voire la totalité) de l'âge adulte, dans ces sortes d'immaturités affectives charmantes et un peu inquiétantes que nous connaissons bien dans la vie courante. C'est ce que nous considérons, dans notre optique, comme le « *tronc commun aménagé* » de l'état-limite.

Un tel tronc commun ne peut pas être envisagé comme une véritable structure, au sens où nous l'entendons pour une structure soit psychotique, soit névrotique, c'est-à-dire en fonction des critères cliniques de fixité, de solidité dans la catégorie, de spécificité définitive de telles organisations. L'état-limite demeure dans une situation seulement « *aménagée* » mais non structurellement fixée. C'est un simple effort relativement instable et coûteux pour le Moi de se maintenir en dehors des deux grandes lignes de structures vraies dont l'une (la lignée psychotique) s'est trouvée dépassée et l'autre (la lignée névrotique) n'a pas pu être atteinte quant à l'évolution, tant pulsionnelle que maturative, du Moi.

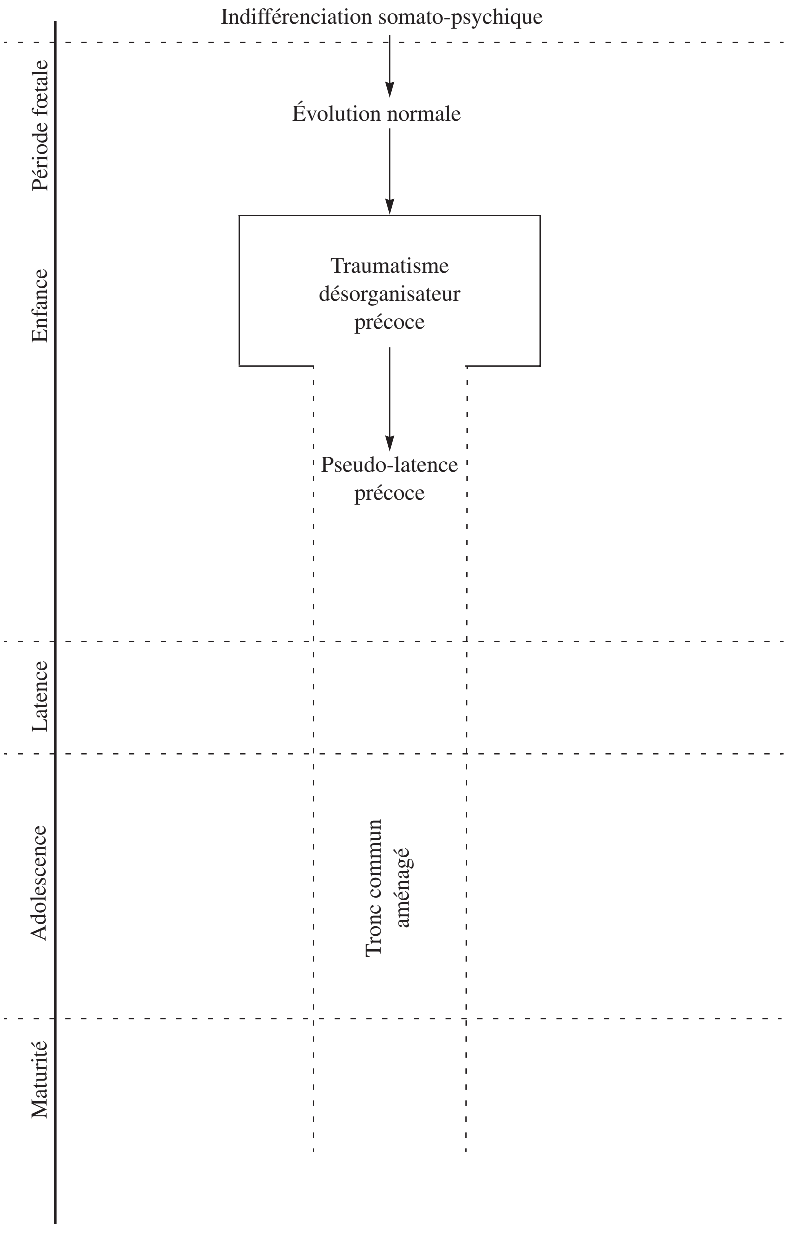


FIG. 4. — *Mode d'organisation-limite.*

ORGANISATION ÉCONOMIQUE

L'état-limite se situe avant tout comme une maladie du narcissisme. Ayant dépassé le danger de morcellement, le Moi n'a pu accéder cependant à une relation d'objet génitale, c'est-à-dire au niveau des conflits névrotiques entre le Ça et le Surmoi. La relation d'objet est demeurée centrée sur une dépendance *anaclitique* à l'autre. Le danger immédiat contre lequel se défend l'état-limite, c'est essentiellement la *dépression.*

L'angoisse du psychotique, c'est l'angoisse de morcellement; c'est une angoisse sinistre, de désespoir, de repli et de mort. L'angoisse du névrotique c'est l'angoisse de castration; c'est une angoisse de faute, vécue dans le présent mais centrée sur un passé qu'on devine très érotisé. *L'angoisse de l'état-limite* (tableau I) c'est une angoisse de perte d'objet et de dépression qui concerne à la fois un vécu passé malheureux sur le plan plus narcissique qu'érotique et, en même temps, reste centrée sur un avenir meilleur, teintée d'espérance, de sauvetage, investie dans la relation de dépendance vis-à-vis de l'autre.

La relation d'objet psychotique demeure fusionnelle à l'objet maternel; elle est de type narcissique intégral en ce sens qu'elle est incluse dans le narcissisme de la mère ou de son représentant; elle conduit à l'autisme, au désinvestissement des objets de réalité et à une néoconstruction objectale. La relation d'objet névrotique suppose une triangulation connotant le conflit œdipien et nécessitant un potentiel génital suffisant. *La relation d'objet de l'état-limite* demeure une relation à deux, mais différente de la dyade primitive rencontrée dans les psychoses. Il s'agit d'être aimé de l'autre, le fort, le grand, en étant à la fois séparé de lui en objet distinct, et à la fois en « s'appuyant contre lui » (étymologie du terme « anaclitisme »). Souvent c'est même des deux parents (non génitaux) dont il faut se trouver aimé à la fois et nous arrivons ainsi à une *triade narcissique* (B. Grunberger) souvent confondue, à tort, avec la véritable triangulation génitale œdipienne, pourtant fort différente.

	Symptômes	*Angoisse*	*Relation d'objet*	*Défenses principales*
PSYCHOSE	Dépersonnalisation Délire	de morcellement	Fusionnelle	Déni Dédoublement du Moi
ÉTAT-LIMITE	Dépression	de perte d'objet	Anaclitique	Dédoublement des imagos Forclusion
NÉVROSE	Signes obsessionnels hystériques	de castration	Génitale	Refoulement

De nombreux auteurs (V. Eisenstein, R. Knight, W. D. Fairbain, H. Hartmann, O. Kernberg, M. Gressot, A. Green) ont décrit chez l'état-limite une division du champ relationnel en deux secteurs distincts, l'un conservant

une évaluation correcte de la réalité, l'autre fonctionnant sur un mode moins réaliste, plus idéaliste et plus « utilitaire » à la fois. Une telle division du champ des imagos ne constitue nullement un éclatement consommé (ni même commencé) du Moi, mais simplement un mode de défense contre une menace d'éclatement ainsi que S. Freud l'a lui-même défini en 1924 : pour ne pas avoir à se morceler, le Moi se *déforme* sans éclater pour autant et va fonctionner avec le monde extérieur en distinguant dans celui-ci deux secteurs : un secteur adaptatif et un secteur anaclitique.

Le refoulement, mécanisme de défense plus tardif et plus élaboré, joue dans les états-limites un rôle moindre que dans les névroses au profit du dédoublement des imagos, des réactions projectives, de l'évitement, de la forclusion et d'autres mécanismes accessoires qui s'avèrent tous plus archaïques, moins réussis, mais aussi moins exigeants en formations réactionnelles que le refoulement. Le besoin de séparer les objets extérieurs en rassurants d'un côté et inquiétants de l'autre nous rapproche des attitudes d'identification projective de M. Klein et de l'idéalisation prédépressive de O. Kernberg.

La *régression de l'état-limite* ne porte pas, comme dans les névroses, sur la simple représentation pulsionnelle mais constitue, bien plus que dans la névrose obsessionnelle, une dégradation partielle de la pulsion. C'est ce qui nous a amené à considérer que nombre de comportements phobiques où ce problème régressif particulier se trouve engagé (c'est le cas par exemple de « l'homme aux loups » par rapport au « petit Hans ») ne constituent pas de simples « névroses phobiques » mais doivent être rangés résolument du côté des états-limites.

La névrose classique correspond à la *lignée génitale :* Œdipe, pénis, Surmoi, conflits sexuels, culpabilité, angoisse de castration, symptômes, alors que l'état-limite se situe dans une suite plus élémentaire de mécanismes psychiques, une *lignée narcissique* et non génitale et œdipienne, la lignée : narcissisme, phallus, Idéal du Moi, blessure narcissique, angoisse de perte d'objet, dépression (B. Grunberger).

Le Surmoi classique de la névrose, héritier et successeur du complexe d'Œdipe (M. Roch) ne peut se former de façon complète chez l'état-limite puisque l'Œdipe, mal abordé, plus éludé qu'organisateur, ne peut apporter ses éléments maturatifs. Les régressions devant l'Œdipe entraînent les éléments précurseurs du Surmoi en formation vers les fixations antérieures à un *Idéal du Moi* puéril et gigantesque décrit par G. L. Bibring.

La constatation de leur échec dans leurs tentatives idéales n'amènera les états-limites ni à la modestie (comme chez les « normaux ») ni à la culpabilité (comme chez les névrotiques), mais à la *dépression* (dite improprement « névrotique ») qui demeure leur lot.

ÉVOLUTIONS AIGUËS

L'aménagement des états-limites demeure toujours assez instable. Cependant, au prix de bien des renoncements, de compromis, de déguisements, d'évite-

ments et de ruses psychopathiques [1]diverses, certains états-limites réussissent à se maintenir pendant toute leur vie dans cette situation inconfortable mais assez habilement *aménagée.* Il y a des patients qui ne se décompensent qu'à la période de la sénescence, à l'occasion d'un des traumatismes ou d'une des blessures narcissiques si fréquentes à cette époque. Pour d'autres, la décompensation à un moment quelconque de la vie s'effectue si brutalement qu'elle les conduit au suicide, parfois imprévu et inexplicable pour l'entourage.

À l'occasion d'un *deuxième traumatisme psychique désorganisateur,* survient la grande crise d'angoisse aiguë improprement appelée « névrose d'angoisse » et décrite par J. A. Gendrot et P. C. Racamier comme un état paroxystique et transitoire à la fois prépsychotique, prénévrotique et prépsychosomatique. C'est également un état de régression du Moi proche des ébauches de dépersonnalisation (M. Bouvet).

La cause extérieure (post-partum, mariage, deuil, bouleversements sociaux, accidents affectifs ou corporels) réveille par son vécu intérieur une situation narcissique prédépressive, soigneusement évitée jusque-là.

Devant un tel excès de surcharge pulsionnelle, dans une situation rappelant le premier traumatisme, l'aménagement provisoire et imparfait du Moi se trouve complètement bouleversé ; les défenses non spécifiques utilisées jusque-là se présentent comme totalement inefficaces dans leur archaïsme et leur superficialité.

On pourrait considérer cela comme une caricature de la crise d'adolescence : une crise d'adolescence tardive, intense, brutale, raccourcie, remettant en cause toute l'organisation structurelle profonde du Moi et ses aménagements antérieurs.

À partir de ce moment-là, il n'y a plus aucun aménagement médian possible : il faut trouver au plus vite un système défensif plus efficace et les trois voies psychopathologiques bien connues s'ouvriront ainsi à l'état-limite décompensé, c'est-à-dire dont l'angoisse dépressive a atteint un « point de non-retour » par rapport à l'aménagement antérieur :

– La **voie névrotique** (v. fig. 5) si le Surmoi se montre assez consistant pour autoriser une alliance avec la partie saine du Moi contre les pulsions du Ça. Le niveau de l'organisation œdipienne peut enfin être atteint, de force, en utilisant l'énergie accessoire du traumatisme.

– La **voie psychotique,** au contraire, si les forces pulsionnelles balaient la partie du Moi jusque-là restée bien adaptée à la réalité grâce à ses défenses anciennes.

– La **voie psychosomatique** si les manifestations mentales se trouvent désexualisées, désinvesties et autonomisées au profit d'une régression vers un mode à la fois somatique et psychique, mal différencié, d'excitation et d'expression.

1. Les fameux « psychopathes » qu'on a souvent eu du mal à classer se situent incontestablement au niveau des hésitations identificatoires du tronc commun des états-limites.

Il est évident que ce ne sont pas là les modes habituels d'entrée dans de telles entités pathologiques, mais la clinique nous montre la réalité et la fréquence non négligeable de ces sortes d'évolution.

Il convient également de remarquer que le premier comme le deuxième traumatisme peuvent parfois se trouver remplacés par une série de « microtraumatismes » répétés et rapprochés dont la somme des effets correspond pratiquement à un traumatisme unique et plus important.

ÉVOLUTIONS STABLES

Mais, en dehors de ces accidents aigus succédant à un traumatisme tardif, l'évolution du tronc commun des états-limites se fait très souvent sans incident médical notable, vers l'un ou l'autre des deux aménagements plus stables et plus originaux dans leurs défenses qui se détacheront progressivement du tronc commun : l'aménagement caractériel et l'aménagement pervers (fig. 5).

Aménagement caractériel

L'évolution se fait dans ce sens lorsque, comme l'a exposé G. Zilboorg, l'angoisse de dépression par peur de la perte de l'objet, arrivera à être rejetée vers l'extérieur et restera maintenue ainsi de façon durable par la réussite de formations réactionnelles subtiles, constamment entretenues, au prix d'une grande dépense énergétique, mais bien adaptées au réel. P. C. Racamier a décrit trois « maladies du caractère » qui correspondent à nos aménagements caractériels : la « névrose » de caractère, la « psychose » de caractère et la « perversion » de caractère. Bien que contestant vigoureusement les appellations de « névrose », « psychose » ou « perversion » pour des maladies du caractère qui ne relèvent justement ni d'une structure névrotique, ni d'une structure psychotique, ni d'une structure perverse, mais, comme il y a lieu de tenir compte de la réalité des définitions actuelles, même fâcheuses, pour être sûr de parler des mêmes entités, nous nous référerons ici à ces mêmes termes sans, bien sûr, leur donner pour autant notre aval.

«Névrose» de caractère

Elle ne doit pas être confondue avec les divers caractères névrotiques. Les « caractères névrotiques »[1] correspondent à ce qui perce, malgré l'adaptation à la réalité, d'une structure sous-jacente névrotique (obsessionnelle ou hystérique) non décompensée et demeurant dans le cadre de la « normalité ». La « névrose » de caractère, au contraire, correspond à un aménagement plus

1. Le « caractère névrotique » correspond à l'ensemble d'une structure névrotique et le « trait de caractère névrotique » (sublimatoire ou réactionnel selon le cas) n'est qu'un aspect original mais non pathologique n'impliquant pas une identité de structure ni la totalité de celle-ci ; par exemple une structure hystérique peut fort bien manifester des traits de caractère obsessionnels, ou inversement.

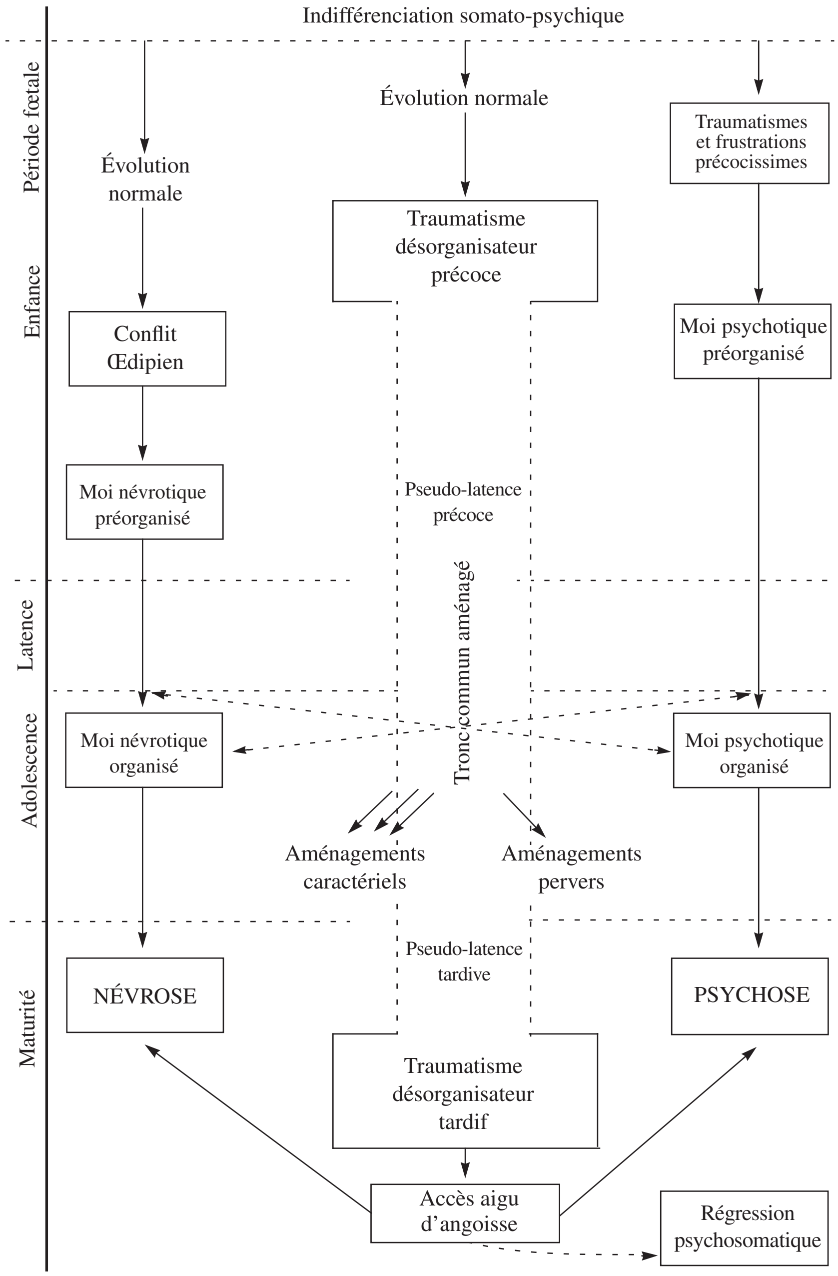


FIG. 5. — *Tableau général de l'évolution des modes d'organisations.*

stable et plus sûr du tronc commun des états-limites, en direction des comportements névrotiques mais tout en demeurant toujours hors d'une structure névrotique ; autrement dit, il s'agit d'un état-limite qui recherche davantage de stabilité en « jouant à la névrose » alors qu'il n'en a pas les moyens structurels, génitaux et œdipiens. Ce n'est donc *surtout pas une névrose;* s'il nous donne le change, c'est que ses efforts et ses formations réactionnelles antidépressives ont réussi. C'est une maladie de la *relation* avec l'objet, non un conflit entre Ça et Surmoi. La souffrance est reportée vers l'extérieur par une réussite assez notable du dédoublement des imagos décrit plus haut (1re partie, chap. 3). Le plus souvent une telle « névrose » demeure sans symptôme névrotique classique ; il existe parfois seulement des épisodes dépressifs, ou bien des symptômes apparaissent quand le traitement psychanalytique est commencé (E. Kestemberg), c'est-à-dire quand l'organisation elle-même se transforme par régression puis par découverte d'un mode relationnel jusque-là inconnu. Ce sont des sujets le plus souvent hyperactifs (avec des moments ou des risques de dépression), à la vie fantasmatique faible, manipulant essentiellement le comportement, portant des jugements moraux défensifs rigides, ne se déclarant presque jamais « malades » et encore moins anormaux, mais accusant de telles faiblesses leur entourage, voire le monde entier. Quand ils viennent consulter (rarement en dehors d'épisodes dépressifs), ils cherchent surtout à mettre en avant leur conjoint, ou leurs proches. La base pathologique, comme chez tous les états-limites, demeure l'incomplétude narcissique ; ils cherchent à la combler ici par des formations réactionnelles utilisant subtilement l'anaclitisme (sous allure de domination) et l'imitation plus que l'identification. Leur entourage souffre en général plus qu'eux-mêmes et se plaint davantage.

Un exemple différentiel assez clair nous est fourni par les deux modes de caractères oraux :

Le caractère névrotique oral (de véritable structure névrotique mais bien adaptée au réel) se présente comme « oral satisfait » : le narcissisme est entier, les pulsions jouent assez librement ; ce sont des sujets « repus » à la bouche gourmande, à gros ventre bien souvent, manifestant bienveillance, générosité et assurance.

Par contre *la « névrose » de caractère oral* correspond à une oralité insatisfaite, ce n'est pas une névrose, les pulsions ne jouent pas librement du tout ; le narcissisme est en défaut et le sujet demeure en général maigre, la bouche sèche et contractée ; il affiche avidité, jalousie et pessimisme ; il se présente en lutte constante avec son besoin de s'occuper de lui-même et son besoin qu'on s'occupe de lui. La différence entre ces deux positions paraît évidente.

« Psychose » de caractère

Elle répond, non pas, comme dans le caractère psychotique, à une difficulté de contact avec la réalité, mais à une difficulté *d'évaluation* de cette réalité. Ce n'est pas, comme dans la structure psychotique, le déni d'une partie plus ou moins grande du réel qui se trouve en cause, mais, par le jeu (comme dans tout état-limite) du dédoublement des imagos, de la projection vers l'extérieur

de tout élément gênant, de la distinction entre une partie « toute bonne » et une partie « toute mauvaise » du monde extérieur, le sujet en arrive non à se détacher de *la présence* de la réalité gênante mais à commettre des *erreurs d'évaluation* portant sur les côtés désagréables pour le narcissisme présentés par tels aspects objectifs de cette réalité.

Certains hommes « d'action » de toutes les époques, taxés de psychotiques par leurs adversaires et de génies par leurs adeptes, correspondent à cette catégorie. Tant qu'ils n'ont pas été soumis à des traumatismes narcissiques trop sérieux, leur sens de l'acrobatie relationnelle, leur hyperactivité (physique et psychique), leurs façons de déconcerter l'interlocuteur inaverti (car n'évaluant pas comme eux les réalités), leur besoin d'être aimés ou craints pour des motifs sans cesse nouveaux, tout cela les conduit à des situations sociales éminentes, malheureusement inégalement durables, et le plus souvent à des fins marquées par la brutalité chez les moins adaptés et par la solitude chez ceux qui l'ont été davantage.

« Perversion » de caractère

Elle correspond, par exemple, à ce qu'en termes parfois agacés on appelle le « petit paranoïaque » pour marquer l'évidence de l'aspect narcissique des agressions, souvent minimes mais sans cesse répétées, que le sujet manifeste non pour se faire directement aimer mais pour demeurer indirectement respecté. Ce qui correspond au même besoin narcissique profond. On pourrait même dire que ce sont souvent des « agressifs gentils » tant on sent qu'il n'y a pas de méchanceté foncière dans leur comportement (même insupportable) mais simplement un immense besoin de restauration phallique. Et de fait, on ne rencontre en eux, comme chez les pervers, ni souffrance ni culpabilité, mais les motifs d'un tel manque demeurent radicalement différents dans l'un ou l'autre cas [1]. Le « pervers » de caractère présente comme le pervers authentique un déni très focalisé et très partiel de la réalité ; cependant son déni à lui porte non pas sur le droit de la femme d'avoir un sexe authentique bien à elle, mais sur le droit des autres à posséder un narcissisme des autres dans la mesure où il est ressenti comme barrière à l'utilisation des autres au service de son propre narcissisme exclusivement.

Aménagement pervers

L'évolution est ainsi qualifiée lorsque l'angoisse dépressive sera surtout évitée par la réussite du déni portant sur une partie seulement, très focalisée, du réel : *le sexe de la femme.* Cet objet partiel ne doit pas exister, en même temps que l'objet partiel phallique se trouve farouchement et complémentairement surinvesti, selon un mode narcissique.

1. En français, l'adjectif « pervers » correspond à deux substantifs : perversion et perversité. On pourrait dire que le « pervers » de caractère est atteint de perversité alors que le pervers tout court souffre de perversion.

Ceci se situe très près des psychoses, le pervers « délirant », somme toute comme un psychotique, mais exclusivement autour d'un déni sensoriel unique, dans le champ strictement limité au sexe de la femme. Le narcissisme primaire se trouve ainsi mal intégré et fixé au niveau d'un objet partiel situé entre l'autoérotisme non totalement dépassé et un stade objectal très imparfaitement atteint ; la précocité libidinale a été telle que pulsion et objet partiel se sont trouvés trop tôt liés et que l'objet total n'a pu être formé. Comme l'a montré S. Freud, une partie du Moi reconnaît la castration, mais une autre partie la nie et cette dualité coexiste toute la vie, engendrant deux séries parallèles de défenses, l'une portant sur l'intérieur du sujet (refoulement et mécanismes annexes), l'autre sur ce qui est extérieur (déni et forclusion) et si S. Freud a pu dire que « la névrose est le négatif de la perversion » ou bien que « l'enfant est un pervers polymorphe » c'est justement en raison des fixations existant chez le pervers à la fois au niveau des tendances partielles et des zones érogènes partielles, fixations liées aux premières expériences de l'enfant et non intégrées sous le primat et la totalité du génital à cause de l'incomplétude narcissique et maturative que nous n'avons cessé de déceler dans tout le groupe des états-limites et de leurs dérivés. Avec plus d'évidence encore que dans tout autre variété de ce groupe, le Surmoi du pervers n'a pu être formé dans le sens post-œdipien du terme. Le pervers fonctionne surtout avec un Idéal du Moi : narcissique, maternel, féminin-phallique. Faute d'avoir pu réparer son narcissisme, rencontrer un objet total et élaborer des processus secondaires suffisamment efficaces, le pervers se voit obligé de prendre ses satisfactions bien incomplètes avec des objets partiels et sur des zones érogènes partielles, tout en obéissant aux impulsions impératives immédiates et sans lendemains de son processus primaire. Le pervers n'est jamais complet (F. Pasche), son pénis ne peut pas être investi ; il se réfère au phallus maternel. Le manque d'intégrité narcissique, commun à tous les états-limites, s'incarne ici dans le manque d'intégrité corporelle touchant le pénis. La relation d'objet demeure essentiellement duelle (à la mère phallique) et l'angoisse concerne la castration phallique (c'est-à-dire *la dépression)* et non la castration génitale névrotique.

Dans le voyeurisme névrotique, il y a recherche de l'inceste avec la mère en tant qu'épouse du père ; dans le voyeurisme pervers il s'agit d'un corps féminin impersonnel ; il n'y a ni Surmoi actif ni culpabilité mais besoin narcissique compulsif et agressif. L'obsessionnel lutte contre un désir de souiller l'objet œdipien ; le coprophile souille délibérément n'importe quel objet (en réalité partiel). L'artiste non pervers crée des images plus ou moins détaillées et variées, destinées à un nombre illimité d'autres humains ; le pervers constitue des images précises, toutes du même type, réservées à son plaisir et à celui de ses seuls semblables. Le fétichisme axé sur l'idéal du Moi maternel s'oriente vers une limitation à l'objet partiel féminin.

L'homosexualité, comme la phobie ou le masochisme, peut se retrouver dans n'importe quelle structure : l'homosexualité psychotique se rencontre dans la paranoïa par exemple et constitue un essai de resolidification du Moi sur des positions duelles irréelles ; l'homosexualité névrotique n'est qu'une défense contre l'Œdipe positif ; quant à l'homosexualité perverse, elle concerne la

relation mère-enfant aux stades préœdipiens, une recherche de la complétude narcissique par le jeu de « l'image en miroir ».

Dans toute position perverse authentique, il n'existe ni organisation vraiment délirante, ni organisation vraiment œdipienne ; tout se joue au niveau du seul déni du sexe féminin en tant que réactivant la faille phallique narcissique fondamentale ; à travers tout le vaste groupe des états-limites et de leurs dérivés, c'est le pervers qui se défend contre l'angoisse dépressive la plus sinistre, car, de ce groupe, c'est l'aménagement pervers qui s'aventure le plus loin des arrangements prudents du tronc commun vis-à-vis des pulsions sexuelles ; de plus, le pervers se risque très près de la position psychotique sans pouvoir profiter toutefois des redoutables mais solides défenses dont bénéficie cette dernière structure.

BIBLIOGRAPHIE

BERGERET (J.) — Les états-limites. In *Rev. Fr. Psychanal.,* 34, n° 4, juillet 1970, PUF, Paris, pp. 600-634.

BERGERET (J.) — Les états-limites. In *Encycl. Méd.-Chir.* Psychiatrie, tome III, 37 395 A 10,1-13,1970, Paris.

BERGERET (J.) — *La dépression et les états-limites,* 1975, Payot, Paris.

BOUVET (M.) — Œuvres psychanalytiques, tomes I et II, 1967, Payot, Paris, p. 310-436.

DIATKINE (R.) et FAVREAU (J.) — Le caractère névrotique. In *Rev. Fr. Psychanal.,* 20, n° 1-2, juin 1956, PUF, Paris, pp. 202-236.

EISENSTEIN (V.W.) — Psychothérapie différentielle des états-limites. In *Techniques spécialisées de la psychothérapie,* 1956, PUF, Paris, pp. 255-269.

FREUD (S.) — Le problème économique du masochisme (1924). *Rev. Fr. Psychanal., 2,* n° 2, 1928, pp. 337-369.

FREUD (S.) — *Nouvelles conférences sur la psychanalyse* (1932). 1936, Gallimard, Paris.

FREUD (S.) — « Le clivage du Moi dans les mécanismes de défense », *Ges. W.,* tome XVII, Imago London, 1941, pp. 59-62.

GENDROT (J.A.) et RACAMIER (P.C.) — La névrose d'angoisse, *Encycl. Méd.-Chir.,* Psychiatrie, 37 330 A 10, 1967.

GREEN (A.) — Névrose obsessionnelle et hystérie. In *Rev. Fr., Psychanal., 28,* n° 5-6, sept : 1964, PUF, Paris, pp. 679-716.

GRESSOT (M.) — L'idée de composante psychotique dans les cas-limites accessibles à la psychothérapie. *Encéphale,* juillet-août 1960, *42,* pp. 290-304.

GRUNBERGER (B.) — Étude sur le Narcissisme. *Rev. Pr. Psychahal., 29,* n° 5-6, sept.-déc. 1965, PUF, Paris, pp. 573-588.

KERNBERG (O.) — Organisation de la personnalité des états-limites, J. *Amer. Psychanal.,* juillet 1967, *15,* pp. 641-685.

KLEIN (M.) — *Développements de la psychanalyse,* 1966, Payot, Paris, 343 p.

PASCHE (F.) — Régression, perversion, névrose. *Rev. Fr. Psychanal., 26,* n° 2-3, 1962, PUF, Paris, pp. 161-178.

RACAMIER (P.C.) — Propos sur la réalité dans la théorie psychanalytique. *Rev. Fr. Psychanal., 26,* n° 6, 1962, PUF, Paris, pp. 675-711.

13 MALADES PSYCHOSOMATIQUES

A. BÉCACHE

Pour comprendre les aspects psychopathologiques des malades psychosomatiques, il est indispensable de préciser tout d'abord un certain nombre de termes et d'élucider des notions qui ont donné lieu à de nombreuses discussions entre les chercheurs.

ÉVOLUTION DES IDÉES

Dès l'Antiquité, on a su que les sentiments et les émotions avaient un retentissement sur le corps, mais il a fallu attendre les progrès de la médecine moderne pour établir l'existence des mécanismes par lesquels l'émotion était à l'origine d'une maladie, avec ses caractères et son évolution propres.

Le terme psycho-somatique fut utilisé pour la première fois par Heinroth en 1818. Au siècle suivant, les découvertes de S. Freud permirent une meilleure compréhension de ces phénomènes, étudiés à Vienne par F. Deutsch, qui réintroduisit ce mot en 1922, par Groddeck, puis par de nombreux psychanalystes américains, tels que H. F. Dunbar; F. Alexander, de Chicago; Weiss et English, de Philadelphie. L'extension que connaît maintenant le mouvement psychosomatique a été le résultat des travaux de neuro-physiologistes comme Jackson, Cannon, Hess; de l'école réflexologique russe, orientée à la suite de Pavlov et Bykov vers la pathologie cortico-viscérale; des auteurs de langue allemande, Von Uexküll, Mitscherlich, M. Boss; des auteurs français, Fain, Marty, de M'Uzan, David; et en Grande-Bretagne, de M. Balint.

Actuellement, l'attitude psychosomatique correspond à une conception de la médecine. Plutôt que de considérer une médecine des organes, elle met l'accent sur une médecine générale de l'organisme, dans une approche globale, holistique, de l'individu malade. Cette conception, héritière de l'école hippocratique de Cos, postule l'unité psychosomatique de l'homme qui peut être le siège de phénomènes morbides; ceux-ci peuvent être étudiés de façon complémentaire sous l'angle psychologique ou sous l'angle physiologique. Dans cet esprit, on pourrait dire que tout malade est psychosomatique.

Mais il existe un courant de recherches pour lequel la médecine psychosomatique « est une branche de la médecine qui concerne l'étude des phénomènes de l'esprit et leur signification dans l'apparition et le développement des maladies affectant le corps » (Von Uexküll). Dans l'étiologie de maladies à manifestations somatiques, telles que l'hypertension artérielle, l'asthme, l'ulcère gastrique, les observations cliniques ont attribué un rôle important aux facteurs psychologiques

et à la personnalité des malades. Chez ce type de malades psychosomatiques souffrant d'affections que l'on appelle aussi névroses d'organe, l'examen clinique met en évidence l'existence de conflits intrapsychiques.

ESSAI DE DÉFINITION

Arrivé à ce point de notre étude, on ne peut manquer d'être frappé par la difficulté que l'on éprouve à cerner le champ psychosomatique, ainsi que par la contradiction existant entre les deux acceptions du terme psychosomatique, selon qu'on l'élargit à la médecine tout entière ou qu'on le restreint à certains troubles. Admettre l'existence d'un groupe de maladies psychosomatiques ne reviendrait-il pas à réintroduire le dualisme corps-esprit en rejetant la conception unitaire pour le reste de la médecine? Il y a là un paradoxe, auquel il est difficile d'apporter une réponse satisfaisante.

De même, il est délicat de situer la frontière entre les maladies psychosomatiques et les autres maladies, car l'importance des facteurs psychologiques varie par degrés insensibles d'un extrême à l'autre.

C'est ainsi que l'on peut parcourir la gamme des maladies, depuis celles où les facteurs biologiques, toxi-infectieux, traumatiques ou génétiques jouent un rôle étiologique prépondérant, jusqu'aux affections où les facteurs psychosociaux sont manifestement déterminants, sous la forme d'émotions, de conflits actuels ou anciens. Mais qu'il s'agisse d'organogenèse ou de psychogenèse prévalente, qu'il s'agisse d'expressions pathologiques somatiques ou mentales, il faudrait cependant ne pas perdre de vue l'unité psychosomatique de l'homme malade.

Quoi de plus mécanique qu'un traumatisme? Et pourtant combien d'accidents sont-ils des actes manqués, entrant dans le cadre de la psychopathologie de la vie quotidienne! Ce sont souvent les mêmes sujets qui sont victimes de traumatismes, leur propension aux accidents relevant d'un facteur émotionnel qui perturbe leur équilibre affectif.

Un autre exemple illustrant ces interactions est fourni par la tendance à souffrir de refroidissements. Les déséquilibres émotifs affectent le tonus vasculaire, notamment au niveau des voies respiratoires supérieures qui hébergent des bactéries ou des virus saphrophytes. L'état mental intervient donc de façon indirecte, mais réelle, dans la résistance aux maladies infectieuses, en influant sur le terrain où les germes pathogènes exercent leur action.

On peut retenir cette citation de Weiss et English : «La médecine psychosomatique n'accorde pas moins d'importance que la médecine générale aux facteurs organiques, mais elle en accorde plus aux facteurs psychiques, remettant ainsi en valeur un principe ancien, selon lequel l'esprit et le corps ne sont pas des éléments opposés, mais interdépendants». Les malades psychosomatiques ne peuvent donc pas être définis comme des malades qui présenteraient des caractéristiques mentales particulières, ni comme des sujets qui souffriraient d'une pathologie à symptomatologie double, mentale et somatique, voire fonctionnelle sans substratum organique.

Pour pouvoir dire qu'une maladie est psychosomatique, il faut faire ressortir l'existence d'un *conflit.* On doit pouvoir établir « la relation précise qui existe entre la situation conflictuelle du malade et sa maladie, et cela jusque dans la forme même de cette maladie » (Marty). Pas plus qu'on ne peut soutenir comme naguère que toute pathologie est organique, on ne peut défendre actuellement une théorie purement psychogénétique déclarant que les troubles psychiques engendrent les troubles somatiques. En fait, il s'agit de conflits de l'individu, d'abord avec le monde extérieur, puis *intra-psychiques.* Ces conflits provoquent des manifestations mentales ou des manifestations somatiques, ou des deux sortes en proportion variable. Les psychiatres connaissaient de longue date des cas de balancements psycho-somatiques, où les symptômes des deux séries se succèdent dans le temps, mais sans que l'on soit pour autant en droit d'affirmer que les troubles névrotiques produisent les troubles somatiques.

ÉTIOPATHOGÉNIE

On peut avoir à observer des malades qui présentent des troubles fonctionnels sans atteinte organique ou mentale décelable ; ou bien des malades porteurs de lésions s'accompagnant de symptômes découlant de facteurs psychologiques ; ou bien encore des malades qui ont des symptômes neuro-végétatifs, comme un asthme, une hypertension artérielle…

Si l'on veut comprendre les symptômes dans leur étiologie, c'est-à-dire leur cause, et leur pathogénie, c'est-à-dire leur mode de formation, il faut renoncer au schéma classique qui faisait découler les troubles fonctionnels d'une lésion tissulaire, mais envisager la lésion comme une conséquence des troubles fonctionnels. On pense que la modification répétée ou continue d'une fonction entraîne à la longue des altérations tissulaires qui peuvent devenir irréversibles ; ainsi, par exemple, une contraction répétée ou constante des artérioles rénales finit par provoquer leur sclérose. À l'origine de ce mécanisme, on reconnaît que le système nerveux est doté d'un pouvoir de modulation sur les fonctions immunitaires de l'organisme, et l'on accorde une très grande importance à la notion de *stress,* c'est-à-dire la contrainte ou l'agression provenant du milieu extérieur qui déclenche chez le sujet une réaction de tension. Une émotion-choc est souvent invoquée à l'origine de certaines maladies (diabète, maladie de Basedow…). Mais il ne faut pas oublier qu'une situation donnée à une signification particulière pour un individu en fonction de son histoire et de son développement psychologiques. Des études cliniques, effectuées sur des malades dont on a pu établir tous les antécédents biographiques, ont montré l'existence d'un rapport chronologique entre l'évolution de leur maladie et les événements retentissant sur leur vie affective. La situation qui précipite le sujet dans la maladie revêt pour ce malade une signification affective particulière, parce qu'elle est liée à son passé ou à une problématique conflictuelle non résolue. C'est en raison de ces liens qu'elle a pour lui un effet de stress.

Les affects peuvent donc, par la tension émotionnelle chronique qu'ils entraînent, amener la production de troubles fonctionnels chroniques, puis de lésion organique.

D'autre part, si l'expression motrice ou verbale de l'agressivité ou de l'anxiété est bloquée, les décharges du système nerveux central sont détournées vers le système végétatif, amenant des désordres pathologiques dans le fonctionnement des organes.

On voit ainsi que la causalité de la maladie n'est pas linéaire, univoque, mais qu'elle est multifactorielle.

F. Alexander conçoit la maladie comme une fonction de plusieurs variables : constitution héréditaire ; traumatisme obstétrical ; maladies organiques de l'enfance ; expériences primordiales de la petite enfance concernant les soins, l'éducation, le sommeil ; accidents de l'enfance ; traumatismes affectifs de l'enfance ; climat affectif du milieu familial et traits spécifiques des parents et de l'entourage ; traumatismes physiques ultérieurs ; expériences affectives ultérieures, interpersonnelles et professionnelles.

On a pu tenter de dégager, par la méthode biographique, des corrélations entre certaines maladies et certains types de profils psychologiques (F. Dunbar).

Mais existe-t-il réellement une *spécificité* émotionnelle des névroses d'organe, c'est-à-dire, y a-t-il une relation spécifique entre la nature du stress psychologique et l'organe atteint? Les tenants de la théorie spécifique pensent avec F. Alexander que « la spécificité du trouble émotionnel engendre la spécificité du trouble organique fonctionnel, voire du dommage lésionnel ». En d'autres termes, chaque état émotionnel a son syndrome physiologique propre. Mais, en plus de la nature de l'émotion, interviendrait aussi la qualité de la structure prémorbide de l'individu. C'est ainsi que l'on a pu décrire les profils psychologiques de l'asthmatique, du coronarien, de l'obèse, du colitique, de l'ulcéreux, de l'hyperthyroïdien, du tuberculeux, du goutteux, de l'anorexique et de bien d'autres encore.

D'autres auteurs pensent, au contraire, que chaque émotion peut contribuer à la production de n'importe quel trouble organique. La question de la localisation improprement appelée choix de l'organe, dépendrait en fait, de façon non spécifique, de la vulnérabilité locale par suite de facteurs tels que la prédisposition génétique, l'infection ou un conditionnement préalable.

Le problème de la spécificité reste donc controversé.

ORGANISATION PSYCHOSOMATIQUE

La psychanalyse a établi l'importance de la *relation d'objet* et permis de comprendre l'origine des troubles à partir de la relation du sujet et son milieu.

L'application de ces notions aux malades psychosomatiques a montré le rôle des frustrations précoces par carence affective. Les travaux de Spitz sur l'hospitalisme ont particulièrement mis en évidence le retentissement des carences affectives précoces sur l'état somatique des nourrissons. Les malades psychosomatiques paraissent bien avoir présenté une fragilisation de

cet ordre au début de leur développement, au stade préobjectal plus précisément, âge préverbal de l'infans où l'organique et le psychologique, le physiologique et le relationnel sont indistincts, et où l'indifférenciation sujet-objet rend le sujet extrêmement dépendant de sa mère.

Lorsque le sujet est frustré à ce stade des satisfactions passives narcissiques indispensables, soit par maladie, soit par absence de soins ou de tendresse, il passera par un état de détresse hautement préjudiciable à son développement harmonieux, tant somatique qu'affectif avec possibilité de réactivation conflictuelle ultérieure.

On peut reconnaître chez les malades psychosomatiques une tendance à utiliser des mécanismes de défense se rapprochant de ceux que l'on rencontre dans les psychoses, clivage et identification projective par exemple. Certains types de réponses pathologiques correspondent soit à un désir de fuite par répétition de l'attitude de dépendance (tuberculose par exemple), soit à une attitude d'agressivité et de lutte (hypertension artérielle), soit à une contradiction entre ces deux attitudes (asthme, ulcère gastrique).

On considère que la maladie psychosomatique correspond à un niveau d'organisation de la personnalité plus archaïque que celui des symptômes névrotiques. Les malades psychosomatiques, pour lutter contre leurs pulsions, vont édifier un caractère manquant notoirement de souplesse et d'adaptabilité. Apparemment bien adaptés socialement, ils ne laissent filtrer aucune manifestation affective et leur froideur va barrer l'émergence des désirs ou des représentations. Leur profond besoin de dépendance et l'intensité de leur agressivité les mettraient en danger s'ils acceptaient l'intrusion dans leur vie consciente des pulsions libidinales et agressives. Leur vie mentale, intellectuelle, onirique, fantasmatique, est réduite à un rôle uniquement pragmatique et instrumental. Ce type de fonctionnement mental à été décrit par Marty, de M'Uzan et David sous le nom de *pensée opératoire.* L'homme psychosomatique, coupé de son inconscient, se caractérise par une absence de liberté fantasmatique, avec pauvreté de la rêverie diurne et nocturne, par une dévitalisation du langage privé de toute charge émotionnelle et par un dessèchement de la relation. Il nie son originalité comme celle des autres ; il apparaît nivelé, conforme, dans un monde sans attrait et sans horizon.

Proche de la pensée opératoire décrite par l'école de Paris, le concept américain d'*alexithymie* souligne les particularités psycho-linguistiques du discours, dans lequel prédominent les contenus pragmatiques de la pensée, alors que sentiments et émotions ne peuvent être décrits et exprimés par des mots. Des échelles de mesure et des hypothèses théoriques diverses ont tenté de préciser cette notion qui s'applique principalement, mais non exclusivement, au champ psychosomatique, et dont certaines implications psychothérapeutiques sont envisagées dans une perspective cogniviste.

Sur le plan économique, au lieu que la vie mentale prenne en charge l'énergie libidinale pour lui assurer des issues efficaces, ici « l'énergie échappe aux manipulations mentales d'élaboration et d'intégration, et perturbe telle ou telle organisation fonctionnelle somatique ».

HYSTÉRIE, HYPOCHONDRIE ET MALADIES PSYCHOSOMATIQUES

On voit ainsi nettement apparaître les différences qui existent entre les malades psychosomatiques et d'autres malades qui impliquent leur fonctionnement corporel, comme les hystériques ou les hypochondriaques.

Dans *l'hystérie de conversion,* la pathologie touche à la vie de relation, mais sans lésion organique. Dans cette névrose, les conflits inconscients s'expriment par des symptômes qui ont une signification symbolique. Ils correspondent à une organisation déjà évoluée, comprenant le langage et le geste. La régression n'affecte que les représentations.

Dans *l'hypochondrie,* où l'intérêt du malade est centré sur son corps dans l'inquiétude imaginaire d'une lésion qui n'existe pas, il y a une régression pulsionnelle partielle par désinvestissement objectal au profit d'un surinvestissement narcissique, avec désintrication pulsionnelle.

Dans le cas des *malades psychosomatiques,* la régression se fait à un niveau très archaïque, proche de la régression psychotique, mais sans éclatement du Moi. La notion de mentalisation considérée comme liée à la quantité et à la qualité des représentations psychiques permet de dégager les différences cliniques et évolutives selon les individus. Si l'on peut voir des affections somatiques de type régressif survenir chez des sujets bien mentalisés, on observe chez des sujets mal mentalisés, dont le système préconscient a perdu sa valeur fonctionnelle, une désorganisation progressive, psychique puis somatique, pouvant évoluer après divers prodromes, tels que dépression essentielle ou angoisses diffuses, vers une maladie grave. La pathologie affecte la vie végétative, mais la névrose d'organe est une réponse somatique qui n'a pas pour but d'exprimer une émotion et qui, à l'inverse de la conversion hystérique, est dépourvue de sens. On a pu dire que « le symptôme psychosomatique est bête ».

Depuis la conversion jusqu'à la somatisation, il y a refoulement progressif des affects. M. Boss pense que « la maladie psychosomatique est un enlisement dans la corporéité ». Quand on passe de l'hystérique au malade psychosomatique, il y aurait un enfouissement progressif des symptômes à l'intérieur du corps.

La guérison psychosomatique doit permettre le chemin inverse, avec la désincarcération des pulsions et la reprise de l'activité fantasmatique. Faute de quoi, le malade ira non pas de l'angoisse au symptôme ou au délire comme le névrosé ou le psychotique, mais de l'angoisse à la mort, pour reprendre une formulation de Brisset.

*
**

Pour conclure sur une note ***thérapeutique***, nous dirons que le traitement de tels malades comporte un traitement somatique classique, qui doit s'insérer dans un contexte relationnel affectif avec le médecin praticien. La formation psychologique pratique des médecins en ce domaine est un élément majeur

pour l'investigation psychosomatique, comme l'a montré la contribution capitale de Balint. Une compréhension profonde de la personnalité du malade en situation est nécessaire pour éviter une irruption psychotique ou un bouleversement de l'équilibre collectif de l'entourage.

Qu'il s'agisse d'affections réversibles ou évolutives, lorsque l'indication d'une psychothérapie réglée aura été posée parallèlement au traitement médical afin de rétablir le meilleur fonctionnement mental possible, cette psychothérapie devra être menée sans retard par un psychothérapeute formé à l'approche et au traitement des malades psychosomatiques.

BIBLIOGRAPHIE

AISENSTEIN (M.), SMADJA (C.) — De la psychosomatique comme courant essentiel de la psychanalyse contemporaine. *Revue française de psychanalyse*, hors série, PUF, éd., Paris, 2001, pp. 344-353.

ALEXANDER (F.) — *La médecine psychosomatique* (1950), traduction française, Payot, éd., Paris, 1962.

BALINT (M.) — *Le médecin, son malade et sa maladie* (1957), traduction française, Payot, éd., Paris, 1966.

BOSS (M.) — *Introduction à la médecine psychosomatique* (1954), traduction française, PUF, éd., Paris, 1969.

BRISSET (C.) — Hystérie et psychosomatique. Les rapports de la structure et de l'histoire. *Evol. Psy.,* 1970, 35, pp. 307-404.

CAÏN (J.) — Le champ psychosomatique. *Revue française de psychanalyse*, 1990, 3, pp. 625-637.

HELD (R.R.) — *De la psychanalyse à la psychosomatique*, Payot, Paris, 1968.

KAMIENICKI (H.) — *Histoire de la psychosomatique*. PUF, Collection « Que sais-je? », Paris, 1994.

KREISLER (L.), FAIN (M.), SOULE (M.) — *L'enfant et son corps : étude sur la psychosomatique du premier âge*. PUF, éd., Paris, 1990.

LE GOUES (G.) et PRADIER (G.) — *Cliniques psychosomatiques*. Collection « Monographies de la Revue Française de Psychanalyse », PUF, Paris, 1997.

MCDOUGALL (J.) — Théâtres du corps. Gallimard, éd., Paris, 1989.

MARTY (P.) — *La psychosomatique de l'adulte*. PUF, Collection « Que sais-je? », Paris, 1990.

MARTY (P.) — *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique, t.* I, Payot & Rivages, Paris, 1998.

MARTY (P.) — *L'ordre psychosomatique. Les mouvements individuels de vie et de mort. Désorganisations et régressions*, t. II, Payot & Rivages, Paris, 1998.

MARTY (P.), DE M'UZAN (M.) et DAVID (C.) — *L'investigation psychosomatique,* PUF, éd., Paris, 1963.

PEDINIELLI (J.L.) et ROUAN (G.) — Concept d'alexithymie et son intérêt en psychosomatique. *Encycl. Méd. Chir.*, Elsevier, Psychiatrie, 37-400, D20, 1998, 3 p.

VON UEXKÜLL (T.) — *La médecine psychosomatique* (1963), traduction française, Gallimard (Idées), éd., 1966.

14 CLINIQUE ET THÉORIE DE LA CLINIQUE INFANTILE

J.-J. LUSTIN

INTRODUCTION

La clinique de l'enfant est une clinique paradoxale et d'invention récente. Si elle apparaît maintenant avoir conquis son autonomie, elle a longtemps été la fille pauvre ou bien la fiction théorique de la clinique adulte. Avant d'observer et d'ordonner la pathologie infantile, la psychanalyse a construit dans l'après-coup un enfant hypothétique, tout en maintenant l'enfant réel à une distance prudente. Ainsi, Freud a laissé le petit Hans aux bons soins de son père (et ne l'a rencontré lui-même que deux fois). Il a ensuite abandonné le domaine de l'enfant à des femmes et à des analystes « laïcs », parmi lesquels régnaient sa fille Anna ou une redoutable ennemie comme Mélanie Klein.

Cette séparation entre deux cliniques au développement parallèle n'opposait que deux conceptions de la cure type et s'est maintenue jusqu'à la fin des années 1940. C'est alors que des psychanalystes (qui étaient aussi pédopsychiatres) ajoutèrent à leur pratique de cabinet une présence dans les services hospitaliers ou les institutions spécialisées, non seulement pour essayer de pratiquer des cures dans ce cadre périlleux, mais pour inventer de nouveaux types de soin qui prendraient en compte les concepts psychodynamiques. La clinique de l'enfant a pu alors se développer dans un intense travail multidisciplinaire de recherche-action, et tenter une double intégration (dans le champ médicosocial comme dans celui de la psychopathologie). Cette clinique s'étayait sur une pratique et sur une théorie du soin qui s'enrichirent d'autant plus que ces soignants essayèrent de prendre en charge aussi bien les pathologies les plus graves que les plus précoces. Ils allèrent même jusqu'à fréquenter des chercheurs de disciplines connexes (éthologues, psychosociologues, praticiens des groupes, etc.) et oser leur emprunter techniques et concepts. Ce renoncement à la pureté et à l'asepsie leur fut vivement reproché — tout comme l'éclectisme apparent de leurs théories.

Pour soigner les bébés et les adolescents, les successeurs de ces pionniers s'engagèrent encore plus avant dans ce travail pluridisciplinaire et voulurent explorer au plus près le « terrain » (maternités, crèches et services de PMI — divers services de justice et lieux d'errance, de violence et de fête) en se gardant de perdre leur identité.

Cet essor de la clinique infantile ne peut en effet être séparé d'un intense travail théorique qui a tenté de lui donner des outils techniques originaux et des outils de pensée. Cela ne s'est pas fait sans de multiples emprunts qu'elle se doit de tester avec rigueur et d'intégrer, si elle ne veut pas apparaître

comme une collection hétéroclite de recettes empiriques et de concepts hétérogènes.

Dans la première partie de notre exposé nous étudierons les caractéristiques de cette théorie. Construite à partir de l'expérience et constamment mise à l'épreuve des faits, elle comporte en même temps des *a priori* pleinement assumés et toujours critiqués. Elle prétend être scientifique et obéir aux critères de K. Popper, en étant toujours *réfutable* et *révisable*.

Comment la théorie de la clinique infantile peut-elle faire la preuve de sa rigueur et de sa cohérence, aussi bien dans son champ propre que dans celui de l'ensemble de la psychologie pathologique? Comment mesurer son utilité, comment prouver sa nécessité, comment tester sa validité?

Examinons d'abord les fonctions essentielles de cette théorie :

– Elle présélectionne et ordonne les phénomènes à retenir. Elle définit les paramètres et les critères que l'on considère pour le moment comme importants et discriminatifs. Comme les théories sexuelles infantiles, elle permet de surmonter le choc d'une rencontre et le chaos des perceptions et des émotions, elle tente de résoudre une énigme. L'enfant intrigue et sème la confusion chez l'adulte qui l'aborde.
– Elle conduit les entretiens, systématise l'investigation et l'évaluation de chaque cas.
– Elle compare les cas pour les regrouper et les classer selon des critères structuraux.
– Elle construit divers modèles : modèles du développement normal ou pathologique et modèles structuraux.
– Elle tente de construire des hypothèses causales et de prévoir l'évolution. Si elle pressent la possibilité d'infléchir cette évolution, elle définit les meilleurs «angles d'attaque» à proposer pour la prise en charge. Cette théorie se présente donc comme une *théorie du soin.*
– Elle veut prendre en compte certaines antinomies et résoudre certaines apories sur lesquelles elle bute. Dans la série des *paires contrastées* qui lui sont opposées, elle s'efforce de ne choisir exclusivement aucun des pôles.

Notre exposé tentera de montrer le caractère dialectique de cette construction en étudiant successivement les concepts contradictoires qui ont trait à la **genèse** et ceux qui sont en rapport avec la ***structure***.

– Dans le domaine de la genèse, nous rencontrerons successivement les oppositions entre l'inné et l'acquis, le déterminisme et la liberté, le soi et l'autre, pour enfin en venir à l'opposition entre continuité et rupture.
– Dans le domaine de la structure, nous verrons comment l'application de la métapsychologie amène à prendre en compte aussi bien la première que la seconde topique, le narcissique et l'objectal, la vie instinctuelle et l'activité représentative.
– La notion de *mentalisation* condense théorie génétique et théorie structurale. Elle permet de définir dans quelle mesure un fonctionnement appartient au domaine psychique.

Une seconde partie, consacrée aux grandes organisations pathologiques, illustrera la diversité des étapes et des ratés de cette mentalisation chez l'enfant.

PRINCIPAUX CONCEPTS THÉORIQUES

Concepts relatifs à la genèse et au développement

Inné et acquis

Toute l'histoire de la psychologie normale et pathologique peut se résumer en une querelle, encore vivante, entre les tenants de l'inné et ceux de l'acquis. Selon les représentants actuels des théories de **l'inné**, le comportement du nourrisson obéirait à des **instincts primaires**, qui préexisteraient à toute relation et à tout apprentissage : Balint, après Ferenczi, affirme qu'il y a un besoin de contact et d'accrochage primaire à l'objet (l'amour primaire). Cette théorie converge avec celle de cliniciens qui utilisent les concepts de l'éthologie animale et décrivent un instinct primaire d'*attachement* et ses « mécanismes de déclenchement » (par rencontre de cet instinct avec une *gestalt* spécifique des stimuli). Ainsi, Bowlby repousse l'idée d'un attachement secondaire à la mère qui assouvit ses besoins. Pour lui, l'enfant a un besoin inné du sein (théorie de la succion primaire de l'objet) et un besoin inné de contacts somatiques et psychiques avec un être humain. Ce besoin ne serait pas lié au besoin oral (théorie de l'accrochement primaire à l'objet). Cinq réponses de l'enfant feraient partie de ce comportement inné d'attachement : *sucer, s'accrocher à, suivre, pleurer, sourire*.

À l'inverse, les tenants de la théorie de **l'acqui**s réduisent au minimum la place des réponses innées pour s'en tenir à l'étude des réponses progressivement construites à partir du dedans comme du dehors.

Pour sortir d'une opposition aussi irréductible, il me semble nécessaire de s'interroger sur ce qui pourrait exister *en amont*, sur ce préalable qui rendrait possible tout comportement précoce ou tardif et tout fonctionnement réflexe ou secondarisé. Nous appellerons *équipement* un tel préalable.

❐ Équipement

Toute une partie des *conditions de la vie psychique* d'un individu n'appartient pas au champ de cette vie psychique. Bien qu'elle pèse d'un poids important cette part apparaît au départ non représentée et sera à jamais non représentables : elle constitue un *substrat* plus ou moins muet. Parler d'équipement, c'est une façon, un peu décalée, de prendre en compte le « roc du biologique ». Cette formule fait référence en premier à des données matérielles (l'anatomie-physiologie générale et nerveuse de l'organisme d'un sujet, son patrimoine génétique et immunitaire et ses régulations humorales) en lui adjoignant certains éléments immatériels (traits réactifs ou aptitudes psychologiques).

On peut définir cet équipement comme *ce dont l'enfant dispose à un moment donné pour négocier et intégrer une situation.* L'équipement serait donc un éventail de moyens, constitués progressivement et de façon dialectique. Cette synthèse, plus ou moins harmonieuse, intégrerait à plusieurs niveaux divers éléments innés et acquis, anciens et nouveaux.

- **L'équipement de départ comporte :**

– *un équipement génétique et biologique* qui déterminera son mode de réactivité motrice et humorale aux stimuli sensoriels et aux antigènes ;
– *un équipement fonctionnel et des possibilités instrumentales* présentes très tôt. Certains comportements programmés et déjà tout montés n'attendent que les circonstances favorables à leur déclenchement ;
– *un équipement instinctuel* variable et qui aurait deux sources : les instincts originaires de l'enfant et le premier investissement par la mère du corps et du Soi de l'enfant. Cet investissement est modulé par les fantasmes et les projections maternelles issues de son histoire infantile (voir, plus loin, « narcissisme primaire » et « narrativité »).

La combinaison de ces divers éléments fait apparaître, chez chaque enfant, *certains modes réactionnels* quasi-congénitaux et qui lui sont propres. Ainsi, on pourrait caractériser chaque individu :

- par son type de réaction au déplaisir,
- par son degré de prédisposition à l'angoisse (P. Greenacre (117)),
- par l'intensité plus ou moins grande de ses besoins narcissiques (ce qui permettrait d'opposer deux structures de départ : les narcissiques et les érotiques),
- par son niveau basal d'excitation et de tonus,
- par l'équilibre qu'il ménage entre excitation et inhibition (ou capacité à s'autocalmer) autrement dit par la solidité du premier pare-excitation,
- par ses possibilités d'exciter lui-même une zone érogène souffrant d'une carence d'apport maternel qui conditionneront plus tard la mise en place d'auto-érotismes,
- par son niveau de « résilience » : seuil de résistance au traumatisme.

On doute de moins en moins maintenant qu'une part importante de ce premier équipement est déjà constitué lors de la vie fœtale.

Tous les enfants ne sont pas également dotés au départ, et nous verrons plus loin l'importance que revêt, pour l'évolution ultérieure, cette opposition entre enfants faciles ou richement équipés et enfants pauvres ou difficiles. L'évolution ultérieure corrigera ou aggravera cette inégalité.

- **Construction de l'équipement actuel (celui dont on dispose à un moment du développement)**

Ces diverses compétences ne sont pas toutes appelées en même temps au cours du développement ; certaines sont appelées et utilisées très tôt, d'autres restent longtemps en sommeil. Cette utilisation dépend de la maturation psychophysiologique de l'individu et des sollicitations facilitatrices ou inhibitrices de l'environnement. Certains éléments agissent directement sans passer par le détour de la pulsion et de la représentation pour rester dans le champ du somatique et de l'instinctuel. D'autres, en revanche, sont progressivement investis et contre-investis par le sujet et par son entourage, avant d'être éventuellement représentés dans la sphère psychique.

Ainsi l'équipement s'intègre progressivement dans une histoire dont les aspects deviendront signifiants pour l'enfant et les siens.

❒ Fonctions et instruments

On peut aborder autrement les rapports de l'inné et de l'acquis en étudiant les diverses fonctions et leurs instruments. Ces fonctions se définissent aussi bien par leur but que par les moyens employés.

Le déclenchement peut s'opérer dans l'immédiat (grandes fonctions vitales) ou en différé (marche, fonctions de relation et de communication, parole). Ce déclenchement répond à un programme, tout en subissant l'influence facilitatrice ou frénatrice de l'environnement. Plus ce déclenchement est tardif et plus le rôle psychique de cette fonction est important — mais ceci n'empêche pas un investissement rétroactif complexe des fonctions les plus précoces (c'est le cas des fonctions orales).

Une ou plusieurs zones érogènes significatives établissent un rapport direct ou indirect avec chaque fonction et chaque instrument :

– Alimentation, tube digestif, fonction respiratoire avec l'*oralit*é.

– Contrôle sphinctérien avec *l'analité* et le plaisir d'expulsion ou de retenue. Toutes les grandes fonctions (plus anciennes ou plus récentes) peuvent secondairement faire l'objet d'une reprise dans ce registre anal.

– Motricité, tonus, posture, avec *l'analité* (et son prolongement dans l'agir et dans l'image du corps et de l'espace).

– Langage et communication aussi bien avec *l'oralit*é qu'avec *l'analit*é.

– Sommeil et rêve avec toutes les zones au sein du *narcissisme*.

– Toutes les fonctions et tous les instruments peuvent être repris dans le registre *phallique* (sur son versant d'affirmation narcissique).

Le type prévalent d'énergie investie appartient au domaine de la libido narcissique ou de la libido objectale (érotique, agressive ou neutre). Les modalités et le calendrier de cet investissement varient : des étayages successifs ou simultanés organisent de façon plus ou moins différenciée le fonctionnement.

La représentation psychique peut être essentielle ou non à leur exercice. Aussi, on examinera la forme, le lieu et le mode d'avènement de cette représentation ainsi que son lien avec le fantasme et l'affect. Cet exercice est-il toujours conscient, préconscient ou inconscient? Existe-t-il un plaisir de fonctionnement, essentiel ou accessoire? Ce plaisir prend-il la première place au détriment des fins habituelles (fonctionnement autonome, auto-érotique, ou pervers)?

La dynamique du développement et de l'intégration : *la précocité ou la prévalence* de certaines fonctions peut être liée à un surinvestissement par les parents ou par l'enfant. Ce fonctionnement exagéré lié à un mode relationnel revêt une valeur défensive.

Les dysharmonies entre fonctions semblent résulter d'un processus pathologique et ressortir d'une des trois grandes lignées. Signalons aussi (comme nous le développerons plus loin) le caractère inquiétant des grandes précocités.

L'inhibition peut aussi bien traduire des conflits d'ordre névrotique qu'une restructuration économique radicale (dans le domaine du déficit et de la psychose).

L'instrument ou la fonction peuvent apparaître comme une ***enclave*** non intégrée dans le Moi et le système conscient. Suscitant la colère du Surmoi, ils ont

subi des contre-investissements massifs qui se traduisent par l'inhibition ou un fonctionnement anarchique.

Déterminisme et liberté : l'histoire interactive de l'enfant dans sa famille

L'interrogation sur l'inné et l'acquis pose déjà la question de la liberté de manœuvre d'un individu face aux déterminations qui pèsent sur lui. Mais les conditions sociales et familiales pèsent aussi sur son développement au point de l'expliquer complètement pour certains, alors que d'autres minimisent ou nient l'influence du milieu. La controverse essentielle a porté longtemps sur le rôle de la mère et sur son éventuelle toute puissance.

L'observation de l'enfant a renouvelé complètement la façon de concevoir les rapports de l'enfant et de son milieu en étudiant une *histoire en train de se faire*. Cette étude fait appel à la notion *d'interaction.* On peut la définir comme une interrelation dynamique entre plusieurs partenaires interdépendants qui exercent des actions réciproques. Chacun subit l'influence des autres tout en agissant sur eux. Dans une telle conception dynamique, la question de savoir qui inaugure les échanges est hors de propos. Bien sûr on ne peut nier l'inégalité qui règne au début entre les partenaires, mais parler d'interaction prend en compte l'activité propre du nourrisson et les effets qu'il exerce sur ses parents (et sur les soins qu'il reçoit). Ces interactions commencent à bas bruit dès la vie fœtale (de façon encore mystérieuse et pour le moment peu formalisable).

Ces nouvelles recherches n'ont pas pour autant effacé les acquis antérieurs sur la construction de la représentation de *l'enfant fantasmatique* pendant les années qui précèdent celle de *l'enfant imaginaire* et la venue de *l'enfant réel*.

❒ Préhistoire de l'enfant fantasmatique

Tout enfant a reçu très tôt, de ses parents comme de ses grands-parents, des messages transgénérationnels complexes, parmi lesquels se dessinent la place et le rôle des futurs enfants de la lignée : prescriptions plus ou moins implicites, fantasmes et secrets familiaux encadrent et infléchissent l'élaboration de cet enfant fantasmatique.

• Construction et avenir d'une représentation chez la fille

L'enfant futur existe depuis longtemps dans le vécu fantasmatique de la petite fille ; enfant qui n'est « donné par le père » qu'au terme d'une longue évolution des théories sexuelles :

– L'*enfant oral*, l'enfant-nourriture, bonne ou mauvaise, tel que l'imaginent les théories de fécondation par la bouche (avec l'équation symbolique lait = sperme) et les fantasmes d'incorporation du pénis paternel par la mère. On retrouve les traces de cet enfant oral chez les adolescentes atteintes d'anorexie mentale qui refusent en bloc nourriture, sexualité et maternité. Un fonctionnement analogue apparaît chez les futures mères qui vomissent de façon incoercible pour expulser cet *enfant-mauvaise-nourriture*. En revanche, les jeunes femmes qui ont vécu une période orale heureuse vivent leur grossesse

comme une intense régression permise où elles s'autorisent à grossir et à satisfaire leurs caprices alimentaires.

– *L'enfant excrémentiel* : que la mère garde en elle (M. Klein), apparaît dans les théories infantiles d'accouchement par l'anus. L'enfant désire voir, attaquer, fragmenter cet enfant fécal, le voler à sa mère. Un conflit autour du plaisir de rétention colore certaines grossesses et peut rendre difficile l'accouchement.

– *L'enfant phallus :* compense la perte d'objet et restaure le narcissisme. Cet objet partiel doit rester éternellement attaché pour que la blessure soit colmatée. Une fixation serrée, à ce stade prégénital, expliquera pourquoi certaines femmes traitent leur enfant comme un organe vital garant de leur toute-puissance.

– *La représentation condensée* : «fèces-pénis-enfant» marque une plaque tournante importante, parce qu'elle résume autant les phases antérieures qu'elle prépare la suite de l'évolution.

– *L'enfant tiers-personnifié* : si la fille a abordé heureusement la problématique œdipienne, l'enfant représente un sujet inclus dans la scène primitive génitale (où figurent des parents séparés et sexués). L'enfant à venir est alors donné par le père si le double «changement d'objet» s'est heureusement opéré.

• **Cas du garçon**

Le début de l'évolution du garçon se confond avec celui de la fille (bisexualité oblige). Bien qu'il n'ait pas à changer d'objet, il a malgré tout beaucoup de peine à faire le deuil de tous les privilèges de la féminité et à renoncer au désir de recevoir un enfant du père. La rivalité pourra viser longtemps les mères et s'exacerber au moment où il se précipitera, plus tard, dans le rôle de «nouveau père» ou de «mère anxieuse» de son bébé.

• **Désir d'enfant**

L'enfant futur peut donc constituer un complément phallique et narcissique, un double d'un objet perdu ou trop aimé. Il contient aussi la représentation imaginaire de son sexe et de l'autre géniteur qu'on rêve de lui donner.

Ces représentations de leur futur bébé entraînent chez les enfants des mouvements divers : haine, ambivalence, recul, indifférence ou attente. Le désir d'enfant se construit lentement, avant d'être oublié pendant la latence, et réveillé (ou inversé) au début de l'activité sexuelle adolescente.

C'est au moment de la constitution d'un couple stable qu'il est pleinement réactivé et fait éventuellement l'objet d'une confrontation et d'une transaction entre les deux partenaires, tout en subissant les pressions idéologiques et les projections de l'environnement.

Chaque type de couple assigne à l'enfant un rôle qui correspond à son degré de maturation et de différenciation. Ainsi, un couple fusionnel rêvera d'un nouvel apport narcissique ou d'une protection contre la peur d'être englouti par l'autre. Seul un couple ayant atteint un fonctionnement suffisamment œdipien pourra se dégager de ces situations en miroir et installer l'enfant à

venir dans une place de sujet. De toute façon, le désir d'enfant n'existe qu'à l'état d'ébauche mise de côté, dans l'attente d'une construction ultérieure.

❒ Enfant imaginaire : le couple et la grossesse

• Annonce d'une grossesse

Elle bouleverse l'économie du couple et entraîne une régression immédiate (aussi bien topique que formelle). Le désir antérieur d'enfant se trouve mis à l'épreuve (autant que le non-désir). D'intenses idéalisations sont réactivées pour dresser la statue de l'enfant merveilleux, de la mère, de la femme parfaite et du couple comblé par les dieux. Toutes ces idéalisations comportent un envers moins idyllique où éclatent des mouvements de déni, de refus ou de haine.

La résurgence de la psychosexualité infantile ramène souvenirs et fantasmes de l'enfance (en rapport avec la fratrie et les futurs grands-parents). Les deux conjoints tentent de s'affranchir d'une sourde culpabilité à l'égard de leurs parents en redevenant enfants, tout en leur vouant le futur bébé. De multiples craintes surgissent : « l'enfant sera-t-il normal? Serons-nous capables d'aller jusqu'au bout de la grossesse ou de l'éducation de l'enfant? ». La future mère, se retirant dans son narcissisme, lève ses censures et accède en direct à son inconscient (Bydlowski (44) – Delassus (60)).

• Ses différents temps

Chaque trimestre pose une question centrale. Dans le premier : « comment le garder et le protéger? ». Dans le second : « comment sera-t-il? ». Si la pratique systématique des échographies renseigne sur le sexe de l'enfant, elle n'empêche en rien l'efflorescence des fantasmes et des projections. Dans le troisième trimestre, la question devient : « comment tenir jusqu'à la fin? » (fin que l'on souhaiterait à la fois rapprocher et différer).

• Les projections sur le fœtus

Elles sont multiples dès le début. Elles modèlent un enfant imaginaire très composite qui fait l'objet d'un investissement très ambivalent. Enfant merveilleux bien sûr, qu'accompagne un double énigmatique ou inquiétant que l'on vit comme persécuteur. Cet enfant-monstre, origine et victime de projections haineuses, porte alors les stigmates de son origine incestueuse.

Au cours du deuxième trimestre, ces projections colorent et enrichissent les interactions déjà complexes entre la mère et ce fœtus qui remue, paraît réagir à la voix, à la musique et aux variations toniques ou émotionnelles.

• Les traumatismes

Les traumatismes de tout ordre subis pendant la grossesse sont souvent invoqués dans l'après-coup pour expliquer les troubles d'un enfant. On a longtemps écarté ces explications causales avancées par les parents. La confiance que l'on accordait à la barrière placentaire est maintenant battue en brèche. Certaines observations récentes démontrent l'impact différé jusqu'à

l'âge adulte d'un traumatisme de la grossesse. Mais le mystère de son mode d'inscription ou de transmission reste entier (voir chapitre 6).

❒ Types d'interactions précoces et leurs niveaux

• Partenaires et acteurs

De récentes études permettent de parler des compétences du **fœtus** (dès le troisième mois de grossesse) et des interactions qui se nouent précocement :

– *Développement du système nerveux et sensori-moteur :* à moins de huit semaines le fœtus réagit au *toucher* du visage et se repère dans l'espace (mise en place de la sensibilité vestibulaire). Avant dix semaines, la déglutition et les réactions adaptées aux stimuli amers ou sucré attestent de la mise en place du *goût.* Avant vingt semaines l'oreille interne est fonctionnelle : des réactions spécifiques aux sons, à la musique et au langage en attestent. La mise en jeu précoce des neurones libres des aires associatives (Delassus (60-61)) permet l'apparition de séquences d'activité motrice spontanée (dont une partie apparaît du registre auto-érotique – ou plutôt *autosensuel)* et de comportements adaptés (recherche/évitement).

– *Mouvements émotionnels significatifs :* ils répondent à des stimulations directes (sensorielles ou humorales) ou à des émotions maternelles. Les réactions de déplaisir se distinguent nettement de celles de plaisir.

– *Activité onirique :* son apparition au sixième mois s'accompagne d'un plaisir évident attesté par le *sourire.*

Ces observations probantes permettraient peut-être d'esquisser dès maintenant une *psychologie et une psychopathologie du fœtus.* Paradoxalement ce sont des cliniciens d'adultes fascinés par l'originaire qui sauteraient plus facilement le pas que les cliniciens d'enfants (plus myopes… ou plus prudents).

Les compétences du **nouveau-né** apparaissent de nos jours comme beaucoup plus étendues qu'autrefois. À partir de l'analyse de séquences d'enregistrement vidéo, de nombreux chercheurs ont récemment mis en valeur d'étonnantes capacités de discrimination sensorielle et de coordination perceptivo-motrice que l'on ne soupçonnait pas jusqu'ici (on en trouvera un excellent résumé dans l'article de Porte ([163] p. 281-296). Ces compétences permettent au nourrisson d'échanger des messages et d'élaborer des conduites beaucoup plus complexes que les réflexes connus depuis longtemps (fouissement et succion).

Mais, on ne doit pas oublier la grande inégalité de départ entre nourrissons « faciles » et « difficiles ». Les seconds, souvent de petit poids (même s'ils ne sont pas prématurés), peinent à trouver le sein et le sommeil et tardent à s'installer dans la périodicité des rythmes. Trop excitables et difficiles à satisfaire, ils pleurent sans qu'on arrive à trouver pourquoi. Ils mettent à rude épreuve des parents désarmés qu'ils gratifient peu. À l'opposé, les bébés faciles sont souvent des gros pères souriants, vite dotés d'un bon appétit et d'un bon sommeil. Ils savent s'adapter à des parents rigides, tout comme ils rassurent et gratifient des parents anxieux et doutant d'eux-mêmes.

Les compétences des parents sont en revanche beaucoup plus difficiles à apprécier. Bien sûr, leur histoire antérieure et ce qui s'est joué durant la grossesse

permettent, dans une certaine mesure, de les imaginer plus ou moins préparés à ce qui arrive et qui est toujours une surprise, sinon un traumatisme. Pour y faire face, ils ne peuvent recourir à l'improbable instinct maternel : celui-ci appartient au domaine des idéalisations maintenant dénoncées. Les mères apprennent progressivement à être la mère de ce bébé-ci (et avec son aide !)

Une *loterie* injuste et indécise, voici comment on pourrait qualifier le règlement qui préside au jeu des tout premiers échanges. Il y a incontestablement de bonnes combinaisons de numéros et d'autres plus périlleuses : des parents calmes et confiants accueilleront plus facilement toute sorte d'enfant et un bébé facile n'est pas donné à tous. Avant de dresser un acte d'accusation, tout clinicien doit tenter d'évaluer les chances et les obstacles de départ.

- **Observation des niveaux et des canaux d'interaction**

L'étude et la conceptualisation des interactions se sont beaucoup enrichies et ont été mieux intégrées à partir du moment où elle a pris en compte d'autres niveaux d'interactions que les comportements observables.

Les *interactions comportementales* se développent chacune dans un domaine précis d'échanges.

Les *interactions affectives* comportent d'abord cet échange et cet ajustement d'émotions que D. Stern a nommé « accordage affectif » et qui s'effectue à travers des échanges de comportements de niveaux différents chez chaque partenaire. Chacun d'eux module et modèle de façon progressive (souvent différée et durable) l'expression affective de l'autre : dans cet échange, le bébé se montre très tôt actif et réactif.

Les *interactions fantasmatiques* prennent en compte tous les éléments psychodynamiques présents dans la rencontre : passé, projections, attentes inconscientes et narrativité en train de se construire.

L'observation et l'analyse des interactions requièrent une technique rigoureuse qui devra aussi prendre en compte les *effets de l'observation* sur le milieu observé et sur l'observateur. Dès 1962, Esther Bick a pris en compte ces deux derniers aspects en mettant au point une méthode *d'observation régulière et contrôlée* du bébé dans sa famille, méthode qui entend décrire au plus près ce qui se passe — en dehors de toute idéologie et de toute théorie (120) et Haag *in* (163) pp. 531-548). Cette méthode destinée d'abord à la formation de tous les psychanalystes a depuis été largement appliquée pour traiter des interactions pathologiques et former des intervenants (Houzel *in* (163) pp. 519-530).

- **Spirale transactionnelle**

Bien avant qu'on observe et qu'on théorise les diverses interactions, Th. Benedek et S. Lebovici avaient utilisé l'excellente métaphore de « spirale transactionnelle » qui résume à merveille combien se combinent répétition et progrès : la spirale à chaque cycle revient plus loin sur le même axe dans une négociation entre partenaires actifs d'une « transaction », d'un échange. Mais il est aussi des spirales fermées qui tournent en rond, ou d'autres dont le mouvement s'inverse vers l'arrière.

❐ Enfant « réel » et premières interactions dans la dyade

Chaque partenaire subit l'action des autres en même temps qu'il agit sur eux à tous les niveaux que nous venons de détailler. Mais pour décrire et détailler ces interactions très complexes, il reste malgré tout plus commode de les classer par séquences de comportements significatifs au cours des premiers mois de la vie.

• **Préhistoire de l'enfant réel :** échanges avec le fœtus.
À partir de quel moment un enfant devient-il réel? On ne doute plus maintenant que bien avant la naissance le fœtus ne reçoive, n'intègre et n'émette des messages complexes dans une interrelation avec le corps et le psychisme maternel comme avec l'environnement (voir plus haut : compétences du fœtus).

• **Traumatisme de la naissance**

– *Détresse du nouveau né :* on peut refuser de suivre O. Rank et ne pas considérer le long travail de l'accouchement et la brutalité du passage à la respiration aérienne comme un véritable traumatisme (représentable et inscriptible quelque part dans la psyché). Il faut quand même admettre l'intensité de la détresse contenue dans le premier cri. Le bébé appelle non seulement des soins médicaux mais la présence maternelle apaisante et enveloppante dans le peau-à-peau et les premiers mots doux qui le caressent et le nomment.
– *Dépression et joie maternelles :* quel singulier et intense vécu que celui de la mère dans ces premières heures! À la fierté se mêle le sentiment de perte d'une plénitude, l'admiration côtoie la déception et l'inquiétude; cet être, toujours moins beau que celui qu'elle rêvait, paraît si fragile et imprévisible, elle va sûrement être incapable de répondre à ses besoins souvent énigmatiques. Cette confrontation entre le merveilleux bébé imaginaire et le bébé réel ne peut qu'entraîner un rapide mouvement dépressif qui s'estompera le plus souvent devant l'urgence de toutes les tâches à assumer et grâce à ce qu'apporte de gratifications un bébé déjà très actif dans l'interaction.

Mais, il y a des naissances difficiles et la mère d'un prématuré en détresse respiratoire, qu'on emmène d'urgence pour une durée indéterminée en néonatologie, vit une intense catastrophe : elle n'a pu vivre les premières minutes intenses du peau-à-peau avec son enfant, le baigner de son regard et de ses paroles. Tout concourt à faire d'elle la mère insatisfaisante, ou mauvaise, d'un monstre inachevé qu'elle n'a pas eu le temps de voir. Malgré les réelles améliorations intervenues dans les services de prématurés il lui est difficile de nourrir, d'investir et d'aimer celui qui lutte contre la mort avec l'aide d'étranges et froides machines.

Même en dehors de ces cas extrêmes, la construction de l'amour maternel (dont reconnaît mieux maintenant qu'il est tout sauf un instinct inné) ne peut que se faire progressivement dans des tâtonnements qui intègrent nécessairement l'ambivalence (Badinter [13]).

• **Premiers mois**

Dans la multiplicité des moments d'échange, certaines situations paraissent particulièrement riches et exemplaires :

– *Le portage* permet un « dialogue tonique », postural et rythmique, dont on sait — depuis Marchand et Spitz — qu'il modèle et anime l'image du corps.

– *L'allaitement* (sous toutes ses formes) est un moment de rencontre particulièrement chargé d'affects et de fantasmes où la nécessité d'une adaptation mutuelle se vit dans l'urgence.

– *Les soins maternels* sont l'occasion de séquences interactives particulièrement complexes où l'échange de gratifications érotiques et la contrainte se négocient dans des anticipations plus ou moins réussies. C'est dans ces moments privilégiés de caresses et de chansons que se modèle ***le Moi-peau,*** à partir de *l'enveloppe sonore de Soi* (D. Anzieu [4]).

– *Plusieurs variétés de mères et de rencontres* se différencient très tôt autour du régime de l'excitation mutuelle. C'est ainsi qu'on peut opposer des régimes satisfaisants (mère calmante) à des régimes de carence (mère excitante, mère berçante). Nous verrons l'importance de telles distinctions dans l'étude du narcissisme et des troubles psychosomatiques précoces.

Cette période peut être troublée par toute une série de troubles psychiques présentés par les mères : psychoses puerpérales — dépressions (avérées ou non) dans le tableau interactif de la *mère morte* que Green [111] a décrit et retrouvé souvent rétrospectivement — angoisse invasive de mort subite (entraînant une surveillance et une vérification de tous les instants) — phobies d'impulsion (crainte obsédante de faire du mal à son enfant dans un raptus incontrôlable où il serait poignardé, étouffé, noyé ou jeté par la fenêtre).

• **Tiers précoces**

La dyade s'ouvre très tôt à des partenaires extérieurs. Le père, acteur présent très tôt de nos jours dans le nourrissage et les soins, joue aussi une partie importante dans les interactions fantasmatiques, soit directement, soit à travers le relais maternel. Le type de représentation paternelle que la mère construit et transmet infléchit ces interactions. On sait que son passage du statut d'objet partiel (pénis incorporé par la mère) à celui de partenaire érotique constitue un moment organisateur que D. Braunschweig et M. Fain ont nommé « *censure de l'amante* » [41].

Citons d'autres tiers présents : les grands-parents, l'éventuelle fratrie. Leur ambivalence et leurs désirs de maîtrise peuvent provoquer divers conflits.

❒ Échanges ultérieurs

Ils traverseront plusieurs périodes critiques, qui se confondent plus ou moins avec les moments organisateurs, lesquels se confondent eux-mêmes, plus ou moins, avec les divers temps de la séparation-individuation :

– angoisse devant l'étranger ;
– apprentissage de la marche ;
– apprentissage du non, de la propreté et premiers caprices ;
– entrée à l'école maternelle et angoisses de séparation.

❒ Interactions pathologiques

Certains ajustements interactifs débutent parfois mal, faute d'une convergence suffisante entre partenaires trop éloignés pour être capables de s'identifier l'un à l'autre et d'anticiper les réactions de cet autre. Mais on ne

saurait parler d'interactions pathologiques qu'à partir du moment où l'écart se creuse de plus en plus et où la répétition est seule à régner. Le plus souvent, les choses s'apaisent et s'ajustent spontanément ou après quelques consultations mère-bébé où le consultant a essayé de « traiter » les interactions comportementales (car dans ces cas bénins, le trouble siège seulement à ce niveau, qui est celui où l'on intervient).

Dans d'autres cas, l'observation note une insuffisance, une discontinuité ou une surcharge des échanges. La dépression plus ou moins masquée, la pathologie somatique récurrente, les accidents à répétition ou la maltraitance dominent dans d'autres situations à risque. Mais on s'inquiétera encore plus devant la rigidité ou l'imprévisibilité des comportements, devant des évitements massifs ou des transactions paradoxales. C'est là qu'une prise en charge longue, intensive et pluridisciplinaire tentera de prévenir la survenue d'une pathologie lourde, qui ne pourra jamais être affirmée avant la fin de la deuxième ou de la troisième année.

Le Soi et l'Autre

Séparer la constitution de l'objet et celle de la personne propre serait d'autant plus artificiel que ce sont deux processus où le Moi ne peut se construire qu'à partir de la différenciation de l'objet et de l'identification à cet objet. La proposition inverse est d'ailleurs tout aussi valable, proposition qui subordonne la construction de l'objet à l'émergence d'un Moi auquel l'identifier ! Arthur Rimbaud l'avait bien pressenti lorsqu'il énonça comme une prophétie : *« Je est un Autre »*.

❐ Objet et objets

On sait distinguer depuis longtemps l'objet et les choses matérielles. Seules les secondes peuvent avoir une existence qui ne dépende pas d'un inventeur ou d'un possesseur : elles peuvent n'être l'objet de personne ! En revanche, l'objet qui nous occupe renvoie toujours à qui le crée ou à ce qui l'anime ; ce lien est clairement signifié par la préposition *de* qui lui attribue un complément d'origine ou d'appartenance.

• Les divers objets

Objet de qui, objet de quoi? Les réponses sont multiples, qu'il faudra ordonner pour marquer les niveaux de différenciation. Certains de ces objets constituent des *paires contrastées* :

– *L'objet utilisé* pour la satisfaction d'un besoin, objet purement fonctionnel dont le statut ne dépasse pas celui d'un fournisseur. La relation instaurée peut comporter une relation inverse où l'objet utilise le sujet.
– *L'objet de la perception*, dont on sait qu'il est halluciné avant d'être perçu. Il est le résultat de deux mécanismes successifs : l'hallucination de la *satisfaction*, en cas de déplaisir, et l'hallucination de *l'objet absent*, qui a apporté la satisfaction.
– *L'objet anéanti* ou qui n'a pu advenir dans les régressions gravissimes des hébéphrénies de l'adolescent ou dans les états autistiques.

– *L'objet animé, l'objet inanimé* qui peuvent longtemps ne pas être distingués. On sait que les autistes traitent systématiquement les objets inanimés comme s'ils étaient animés, et inversement (M. Mahler).

– *L'objet primaire*, c'est-à-dire la mère.

– *L'objet absent,* qui fut pourvoyeur de la satisfaction et qu'il importe d'halluciner pour recréer la satisfaction et l'objet.

– *L'objet perdu,* dont l'ombre plus ou moins épaisse ne plane pas que sur le mélancolique avéré, mais aussi sur bien des morosités adolescentes.

– *L'objet d'amour*, *l'objet de haine*.

– *L'objet interne, l'objet externe,* qui se répondent en un jeu incessant et complexe de projections et d'introjections.

– *L'objet fétiche et l'objet transitionnel;* pour Winnicot, ce dernier, qui est la première possession non-Moi, est *trouvé-créé* dans un espace intermédiaire entre la mère et l'enfant, espace réel et imaginaire où se développeront la créativité, la culture et l'art. L'échec de ce point organisateur impose le raccrochage à un fétiche.

– *L'objet anaclitique,* sur lequel reposent les structures fragiles et les états limites.

– *L'objet partiel et l'objet total*, l'objet clivé et réuni.

– *L'objet de la phobie,* dont protège bien mal *l'objet contra-phobique*.

– *L'objet du Moi,* investi de libido narcissique comme peut l'être le Moi lui-même (objet-Moi). Mais cet investissement s'opère-t-il d'emblée ou dans un retour au Moi (narcissisme secondaire)?

– *L'objet de la pulsion*, enfin, objet introjecté et *représenté* comme un objet total, au terme d'un long processus maturatif.

• Objet primaire

Comme tous les autres futurs objets, l'objet-mère est approprié et construit selon trois modalités : *utilisation-investissement-représentation*. L'utilisation de la mère par le nourrisson fait de celle-ci au bout d'un certain temps un objet unique, semblable à l'objet de l'empreinte des éthologues. On sait d'ailleurs maintenant que la voix, l'odeur et le visage maternels sont reconnus très précocement. L'investissement, toujours ambivalent, passerait d'abord par une phase violente ; selon S. Lebovici, *l'objet naît dans la haine*. La représentation passe par deux constructions inverses et complémentaires : halluciner une mère absente, pour ne pas se sentir seul et devenir « capable d'être seul en sa présence » (*hallucination négative)*. Mais ceci n'est possible qu'à partir du moment où émerge aussi *l'objet de la phobie primaire*, c'est-à-dire la figure de l'étranger, le non-mère qui seul permet à la mère d'être différenciée.

• Objet de la pulsion

À l'inverse du précédent, l'objet de la pulsion possède un statut métapsychologique tout à fait précis : *ce par quoi la pulsion atteint son but*. Mais cet objet, à l'inverse de la mère, n'est pas unique : choisi plus ou moins arbitrairement, il peut échanger sa place avec d'autres dans une série de déplacements et de substitutions.

• **Relations d'objet**

Les cliniciens d'adultes emploient volontiers le terme, à nos yeux trop vague, de relation d'objet. Il permet bien sûr, comme le note Boulanger dans cet *Abrégé*, « de résumer dans la relation à l'autre un niveau de maturation libidinale, de structuration du Moi et d'organisation défensive ». En fait, il permet surtout de redécrire un comportement ou un caractère sur un mode phénoménologique : mise en évidence dans l'espace de la relation, d'une direction, d'une distance, d'une intentionnalité et d'une signification sous-jacente. Si on reste à la stricte définition, par Freud, de l'objet comme « objet des pulsions », parler de relation d'objet n'est alors qu'une transposition redondante de la théorie topique et économique. Cette transposition apparaît dangereuse à Green sur le plan métapsychologique, parce qu'elle supprime la distinction entre libido d'objet et libido narcissique ([115] p. 89).

On peut néanmoins employer ce terme au pluriel pour créer une typologie dans une perspective génétique ; ainsi, une relation d'objet de type anal désigne un fonctionnement où la pulsion partielle anale investit l'objet et lui permet d'être représenté. Deux classifications souvent parallèles peuvent coexister : à celle que nous venons d'évoquer, basée sur les diverses zones érogènes, on peut ajouter une classification des pathologies qui seraient toutes définies par une relation d'objet spécifique. on parlera alors de relation d'objet psychotique pour désigner la façon dont la psychose affecte le lien à l'objet interne et modifie cet objet.

❐ Identité et identifications

L'identité personnelle se constitue en parallèle avec l'avènement de l'objet, dans un processus où le soi et l'objet repèrent et *identifient* chacun l'autre partenaire. Ce verbe « identifier » a deux formes de construction du complément qui montrent bien les liens entre identité et identification. La première forme est transitive : identifier quelqu'un, c'est lui donner identité et permanence. La seconde intransitive : identifier à quelqu'un se réfère au choix d'un modèle.

• **Identification : genèse de l'identité**

Cette genèse de l'identité se confond donc avec la série des diverses identifications au cours du développement.

– *Identifications primaires*. On peut se les représenter de plusieurs manières plus ou moins convergentes. Dans la lignée de K. Abraham et de M. Klein, on parlera d'une incorporation orale suivie d'une introjection. (M. Torok [238]). Mais ce processus ne concerne pas que *le sujet*. Du côté de *l'objet*, en effet, on assiste à toute une série de projections identificatoires qui sont une réponse agissante sur le sujet. Ces réponses le constituent et l'animent. Ces projections comportent autant de bons contenus que de mauvais. La position dépressive permet ensuite la réunion, en soi comme au dehors, de ces imagos clivées. Les travaux actuels ont mis en évidence des mécanismes encore plus archaïques comme *l'identification adhésive,* collage peau à peau observé par Meltzer chez les autistes comme défense contre le démantèlement. Toutes ces observations mettent en évidence l'importance du vécu corporel le plus archaïque

(G. Haag et F. Tustin). Dans une tout autre lignée, E. Kestemberg considère que *l'identification homosexuelle primaire* (être le même) jouerait un rôle important dans les deux sexes.

– *Identifications secondaires.* Elles sont partielles (à des comportements ou des qualités de l'objet) ou totales. Une de leurs formes est *l'identification à l'agresseur*, qui survient précocement, au moment de l'acquisition du non, et tardivement, dans le jeu et les fantasmes. E. Jacobson a résumé ainsi les étapes de l'identité chez l'enfant :

- *oneness* : identité-fusion (sans distinction soi-objet);
- *sameness* : être identique (réduplication spéculaire);
- *likeness* : être comme, ressembler à l'objet;
- *closeness* : être complet et sans dépendance à l'objet.

À toutes les étapes, l'identification joue un double rôle : *mécanisme défensif,* qui a pour but de réparer une perte, et *mécanisme d'appropriation* de l'objet, dans le but de devenir à la fois semblable et différent. Chaque identification achevée est la réussite d'un travail de deuil qui installe, vivant en soi, un disparu et non pas son ombre.

• Domaines de l'identité

Cette identité parallèle du sujet et de l'objet se déploie et se constitue dans plusieurs champs.

– *Dans le temps :* la mémoire, le récit, la constitution d'une histoire personnelle. Notons d'ailleurs que son contraire, *l'amnésie infantile* (c'est-à-dire de l'enfance), ne surviendra qu'à la latence. Elle peut apparaître pourtant dans les très rares épisodes aigus de certaines hystéries.

– *Dans l'espace* : l'enfant s'attribue longtemps une place centrale et cet espace constitue une superposition d'enveloppes de son propre corps et du corps maternel. Il serait même plus exact de parler d'une série de cercles concentriques tracés sur un espace plan à deux dimensions. L'acquisition de la troisième dimension nécessitera une séparation suffisante d'avec l'objet. La plupart des structures psychotiques et certaines organisations allergiques ne peuvent jamais opérer cette mise à distance. Cet espace tridimensionnel est le domaine de la toute-puissance infantile et de la pensée magique. L'enfant y navigue entre lieux protecteurs (maison maternelle) et lieux maléfiques du dehors (comme quelquefois l'école).

L'étape suivante instaure l'espace abstrait et désexualisé qui seul permettra l'apprentissage des mathématiques et même de la lecture.

– *Identité du corps propre et du corps de l'autre* dans un même espace (avec ses avatars, non seulement dans la psychose, mais dans les dysharmonies avec dyspraxie).

– *Identité personnelle* qui se manifeste par l'emploi correct du Je et permet le plaisir du fonctionnement mental.

– *Identité sexuelle* (ou identité de genre) qui n'est achevée qu'après l'adolescence (deuxième temps de l'Œdipe) et qui doit conserver toujours un fond de bisexualité psychique latente (malgré un choix clair et manifeste de rôle).

Continuité et ruptures

Il est de plus en plus difficile de soutenir que l'être humain se développe le long d'un seul axe linéaire et continu. La clinique de l'enfant renforce l'impression que le désordre, la discontinuité rompent sans cesse une trajectoire qui s'avère toujours pluri-axiale et imprévisible.

❒ Fixation et régression

On évoque souvent la « régression » en clinique adulte pour qualifier certains symptômes et même certaines organisations, sans pousser plus loin l'analyse et sans répondre à la question suivante : « qui (ou quoi) régresse? et vers où? ». Il est plus facile d'ailleurs de répondre à la seconde question : on retourne *en sens inverse* jusqu'à un point de fixation mis en place au cours de l'enfance. Dans d'autres cas, on invoquera des « fixations » exagérées pour expliquer la persistance d'un fonctionnement infantile.

• Fixations infantiles

La clinique de l'enfant n'évoque guère la régression, sinon pour qualifier de « régressifs » certains comportements immatures ou franchement déviants. En revanche, elle tente de repérer divers points de fixation au cours du développement. Mais ce développement ne s'effectue pas de façon linéaire, selon un calendrier rigoureux dans lequel chaque stade annule le précédent. On observe plutôt la coexistence de plusieurs modes de fonctionnement, et de plusieurs types de relation objectale. Quand un mode de fonctionnement réputé archaïque conserve une place trop importante, on suppose l'existence d'un *point de fixation*. On le définit par référence à l'excès d'énergie investie sur une zone érogène et une fonction du corps (fixation orale, anale, etc.) Il faut s'en tenir à la définition de Freud : *« lorsque le lien entre la pulsion et l'objet est particulièrement étroit, nous parlons de fixation… Elle met fin à la modalité de la pulsion en s'opposant intensément à sa libération »* [90]. Une telle fixation ne s'opère pas seulement à la suite d'une frustration et n'indique pas obligatoirement un manque. La satisfaction excessive d'une pulsion partielle peut créer une fixation sur la zone hyperexcitée. Une frustration dosée, en revanche, peut être l'occasion d'un progrès, d'un remaniement pulsionnel. Pour cette raison certaines pédagogies et certaines techniques psychothérapiques, qui se veulent comblantes et non frustrantes, manquent souvent leur but. Une fixation se définit surtout de façon *économique et non temporelle*, car elle peut se constituer bien après la phase considérée (et la référence à cette phase n'est souvent qu'une métaphore commode).

En fait, il est extrêmement difficile de distinguer l'exercice normal d'une zone érogène d'un échec ou d'un mésusage. Ce n'est que dans *l'après-coup* (au plus tôt à la phase de latence) que se constituent et se distinguent aussi bien des fixations solides et souples que des fixations médiocres ou exagérées. La qualité, le risque ou l'intérêt de ces fixations n'apparaîtront qu'à la faveur de mouvements régressifs ultérieurs – mouvements qui pourront ou bien s'avérer féconds et organisateurs ou bien se révéler destructeurs.

L'importance de la fixation à une zone érogène ne doit pas faire oublier l'existence d'un autre type de fixation infantile contenu dans la définition de Freud.

Quand il parle d'un lien particulièrement étroit entre la pulsion et l'objet, il nous renvoie aux *fixations à un objet infantile* qui ne pourra jamais être remplacé, déplacé ou substitué. Au premier plan de celles-ci figure, bien sûr, l'étroite fixation à une mère « archaïque » dont *l'empreinte* serait ineffaçable.

• Modalités de la régression

Pendant tout cet exposé, nous nous sommes cantonnés à un point de vue strictement génétique qui n'accepte d'envisager qu'un seul type de régression, celle qui parcourt en sens inverse l'axe temporel. L'omniprésente *régression temporelle* ne doit pourtant pas occulter d'autres types de régression qui effectuent un *trajet inverse* le long d'autres axes :

– *Régression topique :* au sens freudien de chemin inverse parcouru par l'excitation : dans le rêve bien sûr, mais aussi dans le jeu et le fantasme.

– *Régression formelle :* apparition de structures, de modes de fonctionnement moins différenciés, par exemple passage du processus secondaire au processus primaire, choix d'un mode défensif plus archaïque.

Les deux types de régression que nous venons d'évoquer peuvent être très courts, quasi physiologiques chez l'enfant, ou au contraire s'installer comme un mode de fonctionnement définitif : on a alors affaire à une structure mal organisée sur le plan topique, où les limites entre nuit et jour, rêve et réalité restent labiles et indécises.

– *Démentalisation*, qui serait un autre mode de régression topique et formelle : un rejeton pulsionnel et l'énergie qui l'accompagne, au lieu de faire le détour par la sphère mentale (pour être lié et représenté à ce niveau), la court-circuite et se décharge seulement au niveau du corps et de l'agir.

❐ Traumatisme

• Régression, événement et traumatisme

Une des causes le plus souvent invoquées pour expliquer une régression est la survenue d'un traumatisme désorganisateur. Depuis bien longtemps on ne réduit plus ce traumatisme à un événement datable. Pourtant beaucoup de parents tiennent ferme à cette théorie et recherchent dans le passé une cause extérieure et accidentelle des troubles actuels de leur enfant. Notre doute sur la validité de cette explication rétrospective qui les dédouane et les rassure ne doit pas empêcher de les entendre. Ils nous renseignent non sur des dates et des faits (souvent minimes et banaux), mais sur la fantasmatique du groupe familial et sa *narrativité*. L'étude des thèmes traumatiques dans la tradition orale d'une famille donnée peut nous en apprendre souvent long sur sa structure, sa manière de négocier l'angoisse, ses fantasmes défensifs, ses idéaux et ses investissements (certains n'évoquent que des traumatismes psychologiques, d'autres des agressions corporelles à la topographie significative).

• Définitions du traumatisme

Le traumatisme se définit comme une expérience « d'absence de secours dans les parties du Moi qui doivent faire face à une accumulation d'excitation, qu'elle soit d'origine externe ou interne, excitation qu'il ne peut maîtriser »

(Freud [88]). Définition purement économique donc, car le trauma est un écart irréductible entre le quantum d'excitation reçu effectivement par le Moi et le quantum qu'il peut métaboliser, lier, maîtriser à un moment donné. Cette excitation en trop peut aussi bien être d'origine interne (réactivation pulsionnelle à la puberté, constitution brusque ou progressive, sans lien direct avec l'événement, d'un fantasme de scène primitive) que d'origine externe (événement douloureux ou au contraire puissamment érogène). L'événement n'a de sens et d'impact que par référence à la pulsion et au quantum d'affect qu'il éveille et évoque, sinon il est comme nul et non avenu.

Cette situation de déséquilibre économique peut se constituer de façon progressive par traumatismes cumulatifs, et même après coup, c'est-à-dire que la scène vécue, vue, ou imaginée ne devient traumatique que plus tard, de façon inattendue. Il suffit d'un fantasme, d'un rêve, ou d'un nouvel événement apparemment banal, associé d'une façon quelconque à cette scène : ainsi le coït *a tergo,* vu par l'homme aux loups à 18 mois, n'est devenu traumatique qu'après une séduction bien plus tardive. C'est littéralement un trauma rétrospectif (Sandler), ce qui nous montre bien que la psychopathologie, comme l'inconscient, ignore le temps.

Cette définition du traumatisme fait intervenir l'équipement actuel comme un des deux éléments en présence lors de sa survenue. Ceci amène à isoler des constellations particulièrement fragiles, comme par exemple la rencontre entre un retrait d'investissement maternel et une excitabilité exagérée de l'enfant.

- **Clinique du traumatisme**

On distingue habituellement deux grandes variétés de traumatisme selon le champ prévalent dans lequel il se déploie : le *traumatisme libidinal* et le *traumatisme narcissique*. Mais la clinique nous force à renoncer à une distinction aussi tranchée : tout traumatisme libidinal comporte aussi un versant narcissique plus ou moins important (qui échappe le plus souvent à la représentation et au souvenir) et le traumatisme purement narcissique est une fiction qui ne prend pas en compte la coexcitation libidinale qu'il entraîne.

Le principal effet du traumatisme est de tester et d'éprouver la qualité et la souplesse des divers éléments d'un psychisme en cours d'organisation. Dans l'équipement, la solidité du pare-excitation se trouve particulièrement sollicitée non seulement durant l'enfance mais encore plus à l'adolescence (E. Kestemberg [131]). L'impact du traumatisme s'exerce aussi sur tout le système défensif et révèle la qualité des organisateurs et la solidité des points de fixation.

Toute étude du traumatisme met au premier plan son habituel biphasisme. La localisation du *premier temps* dans l'enfance, et de l'après-coup dans l'âge adulte, opère un télescopage temporel à la faveur duquel l'avenir modifie le passé qu'il prédit.

Le traumatisme peut désorganiser ou fragiliser chacun des éléments du psychisme (de façon apparente ou non) dans un *avant-coup* que réveilleront les *après-coup* futurs et même lointains. Entre les deux temps s'intercale une latence de qualité variable : si elle intervient trop tôt elle ne peut s'inscrire dans un inconscient à peine ébauché et ouvrira une faille dans le narcissisme. À un degré

au-dessus, les deux temps habituellement séparés se confondent et apparaissent des désorganisations massives et d'authentiques états limites, des névroses de comportement, des somatisations ou des fonctionnements déficitaires.

À l'opposé de la régression et de l'éclatement peuvent apparaître des réorganisations relativement stables sur le modèle de la névrose traumatique ou de la névrose actuelle, dans une tentative de maîtrise par la répétition. Dans d'autres cas plus étonnants, mais relativement fréquents, s'instaurera une précocité paradoxale de certaines fonctions et apprentissages, précocité inutile et même dangereuse pour l'avenir. En effet, chaque fonction ne peut pleinement s'exercer que si son investissement libidinal s'opère au seul moment prévu et possible, investissement qui lui permet d'être intégrée ; avant cette date, seul est possible un fonctionnement clivé et mécanique.

L'étude actuelle des enfants prodiges et hypermatures tend à les considérer comme les victimes de graves traumatismes précoces qui les ont forcés à fuir en avant pour leur survie et leur ont barré à jamais la voie des nécessaires régressions. (G. Lucas *in* [163] p. 2621-2632).

- **Théorie du traumatisme**

Notre étude clinique nous amène à nous interroger de façon plus large sur la place du traumatisme dans les divers moments de structuration de la psyché. On peut en effet considérer toutes les crises maturatives qui s'échelonnent jusqu'à la fin de l'adolescence comme des épisodes traumatiques heureusement dénoués : crises de séparation, mise en place sous contrainte des divers apprentissages sociaux et éducatifs, poussée pubertaire, rites de passage.

Rappelons enfin que lorsque Freud ([90] p. 48) a construit l'hypothèse d'un *refoulement originaire*, il l'a décrit selon le modèle d'un premier temps traumatique où « *le représentant psychique de la pulsion se voit refuser la prise en charge dans le conscient. Avec lui se produit une fixation…* ». Pourquoi ne pas postuler aussi un *traumatisme originaire* qui serait l'instauration de la vie pulsionnelle et représentative, la rencontre avec la fantasmatique originaire? (Lustin [173]).

Concepts relatifs à la structure

Nécessaire recours à la métapsychologie

Certains doutent de la nécessité de faire appel à la métapsychologie pour rendre compte de la clinique infantile. Ils voudraient laisser toute la place à la psychologie génétique et à l'idéologie réparatrice et socio-éducative. Nous avons vu que l'étude du développement ne pouvait jamais s'en tenir exclusivement à la stricte pensée génétique dès qu'elle entend dépasser le niveau de la simple description. Les techniques actuelles de l'observation préparent et organisent cette observation à partir de critères structuraux empruntés à la métapsychologie freudienne. Avant d'être une théorie, la métapsychologie est une méthode d'investigation, de pensée et de présentation *« qui nous prescrit de décrire un processus psychique dans ses relations dynamiques, topiques et économiques »* (Freud [92]).

Il serait vain de privilégier l'un de ces trois points de vue, non seulement complémentaires, mais intriqués : l'exposé de chacun d'eux fait en effet obligatoirement appel aux deux autres. Ainsi la dynamique, la première dans l'énumération de Freud, expose les *conflits* entre des forces dotées d'une certaine *énergie* à l'intérieur d'une ou plusieurs *zones* d'un appareil psychique structuré.

Place centrale de la topique

❒ Deuxième topique

On sait que la deuxième topique a été élaborée par Freud pour lui permettre d'aborder un champ psychopathologique plus large que celui de la névrose dite de transfert. Comme cette névrose occupe une place relativement réduite dans la clinique infantile, nous sommes obligés nous aussi de nous en référer d'abord à cette deuxième topique (qui cherche aussi à rendre compte des fonctionnements les plus archaïques dans leur lien au corps). Il n'en faudra pas moins toujours tenter de revenir, dans un deuxième temps, à la première topique — qui donne une représentation plus complexe et plus rigoureuse d'un appareil psychique achevé.

On assiste, au cours de l'ontogenèse, à la différenciation progressive des diverses instances. Mais cette topique très différenciée ne constitue qu'une structure « limite » (au sens mathématique) : la courbe du développement lui est asymptotique et ne la rejoint que dans l'infini hypothétique de l'adulte « normal ». D'où, l'importance des *pré-instances* en clinique infantile, et des *indifférenciations topiques* (absence de limites du Moi, indistinction Ça-réalité dans les psychoses).

Examinons d'abord les caractéristiques et les fonctions des instances chez l'enfant.

Caractéristiques du « Ça » infantile :

– crudité de l'expression pulsionnelle dans certains jeux, certaines rêveries, certains fantasmes. Le Ça est comme « à découvert » ;

– fréquence des pulsions partielles en dehors de toute structure perverse ;

– importance de l'intrication et de la désintrication pulsionnelle. Les pulsions s'organisent en trois temps :

- clivage entre libido et destrudo avec la mise en jeu de défenses très archaïques (identification projective),
- fusion et liaison qui permet le refoulement (Mallet *in* [195]),
- dépassement de l'ambivalence à l'égard de l'objet d'amour œdipien qui permet l'attachement tendre.

Principaux aspects du Moi infantile : le Moi se constitue progressivement à partir du Ça. Comment nommer le premier Moi? Moi précoce ou Soi? Le deuxième terme insiste sur ses liens avec le narcissisme et le premier en fait une véritable instance très tôt active.

P. Luquet (*in* (195)) décrit trois aspects concomitants du Moi :

– Aspect *organisateur* (au premier plan pour A. Freud) : le Moi est un système défensif et adaptatif qui intègre progressivement la réalité, négocie avec les pulsions et constitue le siège du conflit psychique. À l'intérieur de ce système complexe en partie inconscient, Hartmann et Kris ont décrit de multiples variations intrasystémiques.

– Aspect *libidinal narcissique* : le pré-Moi du narcissisme primaire, tout comme le Moi différencié, doivent, pour fonctionner harmonieusement, être investis de libido narcissique.

– Aspect *libidinal objectal* : les objets pulsionnels sont d'abord investis puis intégrés progressivement au Moi par une série d'introjections et d'identifications. Ce double aspect libidinal du Moi est rappelé par la très belle image par laquelle Freud définit le Moi comme « *le souvenir des amours du Ça* ».

La fonction du Moi selon Wildlocher n'est pas seulement le maintien de la réalité « *mais aussi de la permanence du sentiment d'omnipotence* » (même par la satisfaction du désir en utilisant le détour de la réalité). Le Moi permettrait donc la constitution du monde du « possible » (analogue à cet espace intermédiaire décrit par Winnicot).

Rapports entre Moi et Ça : deux théories s'opposent sur ce point dont l'importance n'est pas seulement théorique. Pour la première, déjà défendue par Freud, le Moi serait entièrement né du contact entre la vésicule primitive (métaphore du Ça) et la réalité, vis-à-vis de laquelle il constituerait comme une sorte de membrane protectrice. En revanche, les tenants de la « psychologie psychanalytique du Moi » (H. Hartmann et M. Mahler) considèrent que le Moi comme le Ça naissent de la même masse indifférenciée. Le premier Moi comporterait beaucoup de *fonctions autonomes innées* qui assureraient l'adaptation (perception, motricité, langage) et échapperaient au conflit.

Surmoi infantile : Il revêt plusieurs formes selon la façon dont on date sa venue :

– Le Surmoi tardif, post-œdipien, n'est pas une instance uniquement interdictrice, mais aussi gratifiante. En effet, le signe d'une évolution œdipienne réussie est l'impression qu'a l'enfant d'être aimé par son Surmoi qui lui accorde une véritable « prime narcissique » lorsque l'enfant lui obéit.

– Le Pseudo-Surmoi précoce, que les kleiniens imaginent très tôt à l'œuvre, n'est pas une véritable instance internalisée (par identification secondaire) mais une projection des pulsions agressives (réintrojectées dans un deuxième temps). Ce Surmoi kleinien n'est qu'une *imago*, un personnage « fonctionnel ».

– Les Idéaux du Moi : s'il n'est pas douteux que certaines superstructures interviennent très tôt, mieux vaut les nommer Idéaux du Moi. Ces Idéaux se construisent progressivement à la faveur de mouvements défensifs qui cherchent à lutter non contre la pulsion mais contre des *sentiments de perte et d'insatisfaction* qui visent autant le Soi que l'Objet. Les insuffisances douloureuses du Moi-précoce érigent la statue cruelle du *Moi idéal* (instance purement narcissique). Les premières déceptions liées aux absences et aux insuffisances de l'objet primaire n'entraînent pas que des projections agressives (comme la *Mère-phallique)* mais instaurent aussi à l'extérieur un personnage omnipotent, une *Mère-Idéale*, totalement comblante et bonne. Cette activité de projection idéalisante ne s'arrêtera d'ailleurs pas là, et

peuplera l'environnement imaginaire de l'enfant d'*imagos* secourables ou de modèles auxquels ressembler.
– L'importance clinique ultérieure d'une telle instance idéale peut conduire à proposer une « 3e topique » (Soi-Narcissisme, Moi-idéal, Idéal du Moi).

❒ Pré-topique : Soi-Narcissisme, Moi Idéal, Idéal du Moi

À ce niveau topique le Moi n'est pas encore constitué, mais une instance différente : le Soi ou le *Self* — terme à la fois très à la mode et très difficile à définir (on le trouve employé aussi bien par Hartmann, que par E. Jacobson et Winnicot). Son étude renvoie à celle des identifications primaires et du narcissisme. On peut le définir, comme Hartmann, « *ce qui est investi par la libido qui n'investit pas les objets » (self cathexis).*

L'autre pôle du *Soi* dans le champ narcissique primaire est le Moi Idéal qu'il vaudrait mieux nommer *Soi Idéal.* L'autre pôle du narcissisme secondaire en train de se constituer est l'Idéal du Moi qui dirait à l'enfant : « si tu veux que je t'aime, sois comme Moi, ce parent idéal et tout-puissant ». L'origine de cette pré-instance est double : elle résulte aussi bien des attentes et des projections de la mère que de celles de l'enfant. Comment définir cet Idéal du Moi? Comme un idéal de *toute-puissance, aussi bien active que passive* (Braunschweig et Lebovici [39], p. 80). La toute-puissance active est une défense contre « *l'agressivité libre désorganisatrice* ». Pour ces auteurs, c'est : *« non pas une instance, mais une valeur économique dans sa fonction primitive de liaison de la part d'énergie destructrice libre du Ça »*. Cette définition purement économique fait appel à un processus de liaison primaire qui s'oppose à la fragmentation du Soi. Il s'agit d'une identification primaire, d'une incorporation très archaïque. Cette théorie permet à la fois de rendre compte de certaines organisations cliniques, comme les psychopathies de l'enfant, et de relier Idéal du Moi, narcissisme et pulsion.

Les recherches cliniques de Kohut [142] sur l'adulte ont permis de distinguer deux types de structurations pathologiques liées à l'Idéal du Moi et au narcissisme. D'après lui, peuvent apparaître, soit l'idée d'un objet extérieur tout puissant (transfert idéalisant), soit la constitution d'un Soi grandiose et mégalomaniaque que l'on projette sur l'entourage (transfert en miroir). On peut rapprocher ce mécanisme inconscient de la construction par l'enfant de merveilleux héros qu'il imite et auxquels il se soumet.

Il ne faudrait pas pourtant croire que l'Idéal du Moi n'est qu'une instance archaïque et régressive. J. Cosnier [50] distingue, en effet, un Idéal du Moi mégalomaniaque archaïque et régressif, d'un Idéal du Moi maturatif qui permet les progrès de l'enfant. On peut aussi distinguer « *l'Idéal du Moi des parents* » projeté sur l'enfant (Idéal du Moi souvent déréel et s'opposant au développement autonome de l'enfant) et *« l'Idéal du Moi de l'enfant »,* projeté sur les parents. Ce dernier processus est normal et s'éteint lorsque des parents réels et sexués sont reconnus à la phase œdipienne.

❒ Première topique

Le recours à la première topique ne peut qu'être tardif, après une différenciation suffisante des instances : à l'inverse du çà, l'inconscient n'est pas donné d'emblée, mais lentement construit après l'avènement du refoulement secondaire.

Différenciation des zones du psychisme et de ses limites :

– *L'inconscient* (Ics) « parle » beaucoup plus facilement chez l'enfant et on accepte de nos jours beaucoup plus facilement qu'il parle. L'adulte songe moins à nier l'existence de cet inconscient scandaleux dès qu'il le projette et le circonscrit chez cet être si « différent » de lui qu'est l'enfant. Il s'en amuse même. Il est douteux que cet inconscient, si clair et si bavard, soit un véritable inconscient. On sait que, pour Freud, l'inconscient est *le lieu du refoulement des représentations de choses.* À l'inverse de ce que croient les lacaniens, il n'est donc pas structuré comme un langage — sauf peut-être chez l'enfant psychotique chez qui le langage, infiltré par le processus primaire, fonctionne comme l'inconscient et à sa place. On assiste à la constitution progressive de *l'Ics* chez l'enfant : le *refoulement secondaire* est en effet un processus progressif et tardif, rendu possible par un refoulement préalable (qui joue le rôle d'un pôle d'attraction des futurs refoulements). D'après M. Fain, la mère jouerait un rôle important dans ce *refoulement primaire* et dans ses ratés (v. plus loin « organisations psychosomatiques »), comme d'ailleurs dans la différenciation et la séparation des instances. Cette séparation est, bien entendu, moins absolue chez l'enfant que chez l'adulte, ce qui permet de découvrir beaucoup plus facilement des rejetons de cet inconscient qui ignore la contradiction, le temps, la négation et fonctionne selon le principe de plaisir : c'est évident dans le jeu, dans les fantaisies et les fantasmes enfantins.

– *Le préconscient* (Pcs) est un système complexe et organisé de représentations non actuellement conscientes mais accessibles, de souvenirs non refoulés, de connaissances. Ses éléments sont liés aux représentations de mots. Dans ce système, l'énergie se trouve liée dans un fonctionnement qui obéit au processus secondaire. Un tel système ne s'organise chez l'enfant que de façon relativement tardive, parallèlement au langage et aux apprentissages cognitifs. Comme chez l'adulte, l'« épaisseur » de son contenu (en représentations et en affects), sa fluidité (libre circulation entre couches) et sa permanence constituent un indicateur précieux du degré de *mentalisation du sujet.*

– *Le système Perception-conscience* (Pc-Cs) maintient des liens constants avec le Pcs (qui est son lieu d'inscription et de mémoire) et constitue avec lui un système séparé de *l'Ics* par la censure la plus active. C'est le lieu de l'instantané et du fugace, où rien ne fait trace des rencontres incessantes entre l'interne et l'externe.

Comment penser le point de vue dynamique ?

Selon P. Luquet, ce point de vue se résumerait à l'étude de la genèse du Moi, de ses investissements et de ses conflits (*in* [195], p. 243). Cette définition renvoie immédiatement au point de vue topique (quelles instances entrent en conflit?) et au point de vue économique (quelles sont l'intensité et la distribution des forces en présence?).

❐ Conflit

Repérer un conflit chez l'enfant s'avère souvent difficile, car il présente rarement l'homologue des symptômes de l'adulte (tels qu'une phobie d'impulsion, une impuissance). Des phénomènes fugaces, peu significatifs ou même placés

ailleurs (dans l'attitude des parents), constituent des « indicateurs de conflit » : une inhibition banale, un arrêt dans le jeu ou dans l'exposé de fantaisies ou des signes dans l'examen psychologique (un choc devant certaines planches du Rorschach ou du Patte Noire).

• Universalité du conflit et ses variétés selon les auteurs classiques

Sur un plan purement clinique on peut distinguer avec A. Freud [78] :

– *Des conflits externes* entre les instances du Ça et du Moi opposées au monde des objets et des parents, conflits engendrant la peur envers l'extérieur. Comme les instances sont mal différenciées et non internalisées, l'une d'entre elles est une instance extérieure : Surmoi des parents ou des éducateurs, Idéal du Moi narcissique et mégalomaniaque de la mère.

– *Des conflits intériorisés* entre le système « Moi, Surmoi » et le « Ça » se manifestant par la culpabilité.

– *Des conflits internes* (c'est-à-dire intrapsychiques) ou même intrasystémiques (à l'intérieur d'une seule instance). Ils siègent entre des représentants pulsionnels insuffisamment fusionnés ou incompatibles (ambivalence non résolue, conflit activité-passivité, masculin-féminin). Tant que le « Moi » est immature, ces représentants pulsionnels coexistent, mais sont la source de conflits dès qu'apparaît la fonction de synthèse du « Moi ». Seuls ces conflits se traduisent par une angoisse authentique ([69], p. 106). En fait, on peut distinguer *deux niveaux de conflits internes* :

- les conflits entre instances : Moi-Surmoi, Ça-Moi ;
- les conflits pulsionnels : conflits entre pulsions sexuelles et pulsions d'autoconservation (dans la première topique), conflits entre pulsions libidinales et pulsions agressives (dans la deuxième topique). La sexualité reste toujours un des pôles.

On aboutit en fait à un dualisme et à une vision continuellement dialectique de la vie psychique de l'enfant : dans celle-ci s'affronteraient continuellement instinct de vie et instinct de mort, Eros et Thanatos, liaison et déliaison.

Certains auteurs ne partagent pas cette vision dialectique et dramatisée de la vie psychique. Selon Hartmann, une « sphère du Moi libre de conflit » existerait d'emblée. Investie d'une énergie neutre, elle assurerait le fonctionnement des activités cognitives et praxiques. Une telle conception apparaît difficilement admissible, aussi bien pour des raisons génétiques que cliniques : une part trop grande y est laissée à l'équipement, au détriment de la théorie des pulsions.

Si l'on refuse l'idée d'une énergie neutre d'emblée, on peut en revanche accepter l'idée d'une neutralisation et d'une déconflictualisation progressive dans le développement normal. Cette déconflictualisation et la sublimation des pulsions permettent l'épanouissement de la sphère cognitive et une scolarité réussie sans inhibition grave. Mais cette déconflictualisation peut être réversible sous l'attraction d'un point de fixation.

• Destin des conflits précoces

Pour les auteurs post-kleiniens, le conflit serait présent à l'aube de la vie psychique. Ainsi Meltzer décrit un *« conflit esthétique »* dans lequel le fœtus

enfermé dans l'utérus aspire à le quitter pour un ailleurs merveilleux. La découverte après la naissance de l'objet esthétique (la mère) suscite une émotion et un conflit intenses (entre désir et peur d'en pénétrer l'inconnu). Un tel conflit n'est que le premier d'une longue série où s'opposent deux types d'angoisse : celles de la lignée schizoparanoïde et celles de la lignée dépressive. Meltzer s'oppose d'ailleurs aux autres kleiniens en posant comme angoisse première l'angoisse dépressive (dont le caractère intolérable imposerait comme recours défensif l'angoisse schizoparanoïde).

Dans d'autres cas, le conflit devient nul et non avenu pour le Moi, au prix de son enfouissement dans le corps (patients psychosomatiques) ou dans l'agir (psychopathies).

Pour abolir tout conflit l'autisme adopte une solution extrême : l'impact de l'*objet esthétique* amène un retranchement total dans une seule instance autarcique où s'efface toute différenciation entre le monde, l'objet et soi.

❐ Divers niveaux de défenses

C'est dans la progressive construction du système défensif que le point de vue dynamique trouve son application la plus évidente. On peut classer ces défenses selon deux critères en posant cette question : *quelle instance* se défend, et contre *quoi ?*

Si l'on utilise le critère de l'origine et du lieu de la défense on distinguera les défenses du Moi de celles du Surmoi et du Ça (moins souvent évoquées).

Si l'on prend en compte le niveau d'organisation de ces instances, on opposera défenses archaïques et défenses élaborées.

Si l'on veut préciser leur stade d'apparition, on nommera les défenses selon la principale zone érogène mise en jeu : défense orale, anale, phallique.

Si l'on veut classer les défenses selon leur cible, on opposera les défenses contre la réalité et les défenses contre le monde interne (contre les instincts, les affects, les représentants pulsionnels). Mais la défense modifie non seulement cette cible mais aussi l'instance où elle prend son origine.

La classification la plus cohérente et la plus synthétique opposera les défenses primaires, qui se déploient sur tous les fronts, et les défenses à l'œuvre seulement dans le monde interne.

• Palette des défenses archaïques

Ces défenses président d'abord à la création du dedans et du dehors et se situent à leur articulation. Elles s'exercent contre des éprouvés pénibles ou contre des contenus. Leur but est d'instaurer ou de restaurer de bons objets.

Les défenses primitives ne sont qu'une réaction comportementale à l'environnement et aux éprouvés de détresse et de besoin :

– *États de tension, pleurs, agitation* que les parents interprètent et tentent de calmer en fournissant portage, nourrissage et soins.
– *Recherche d'un collage étroit, peau à peau :* c'est l'identification adhésive décrite par Meltzer (188).

Les défenses contre la confusion première ont pour but de sortir d'une inorganisation extrêmement pénible, d'ordonner le chaos en le rendant plus vivable. Toutes nécessitent la mise en œuvre d'une activité de **projection** selon divers modes. Cette projection sera continuellement à l'œuvre dans tout fonctionnement psychique, même tardif et élaboré.

– *Clivage* de l'Objet et du Moi. Il permet de quitter la confusion en triant le bon et le mauvais. Ce clivage est à l'œuvre à l'état pur dans les psychoses de l'enfant. Pour atténuer l'angoisse de néantisation et de morcellement, il prépare un second temps de projection du mauvais à l'extérieur.

– *Identification projective*. Par ce mécanisme en deux temps, continuellement à l'œuvre, tout ce qu'il y a de mauvais dans le Moi est à la fois projeté au-dehors (projection) et mis dans l'objet (identification). Ce mécanisme protecteur très efficace colmate l'angoisse et maintient à distance suffisante les mouvements destructeurs. Ce mécanisme prévalent dans les psychoses est aussi à l'œuvre chez certains enfants psychopathes dont il fait des justiciers inquiétants et sereins : « c'est l'autre qui est *identifié* comme méchant et qu'il faut s'employer à punir ». L'acte antisocial n'est qu'une réponse normale à cette agression supposée. Envahi de telles projections, l'autre en arrive à se sentir lui-même mauvais. Les groupes ou les institutions de soin souffrent souvent de tels envahissements, dont il importe de reconnaître la source imperturbablement innocente.

– *Double retournement* : dans une perspective théorique radicalement différente, M. Fain propose de considérer ces mécanismes défensifs primaires comme une inversion simultanée de la cible et du mouvement.

Les défenses contre les contenus ou les objets mauvais se confondent plus ou moins avec les précédentes au tout début : dans l'arsenal des projections précoces, on trouvera, à côté de l'identification projective, sept mécanismes particuliers :

– *l'envie*, telle que la décrit M. Klein, attaque l'intérieur du corps maternel avant de tenter de le réparer ;

– *les idéalisations mauvaises* installent et maintiennent au-dehors des idoles dangereuses comme la mère phallique omnipotente ;

– *le déni* frappe toute espèce de réalité (extérieure et perceptive ou psychique), réalité qui devient ainsi nulle et non avenue.

Les défenses qui tentent de récupérer ou de créer de bons objets :

– *les idéalisations bonnes* ont déjà été évoquées à propos de la topique des idéaux du Moi ;

– *l'incorporation* définit, selon K. Abraham, la phase cannibalique orale et serait le préalable de toute identification ultérieure ;

– *l'identification et l'homosexualité primaires* auraient pour but de réduire tout écart et toute différence avec l'objet.

Les défenses qui s'en prennent aux instances elles-mêmes et à leur fonctionnement :

– *le clivage* sépare une instance en deux fonctionnements hétérogènes et sauvegarde une partie « saine » en faisant « la part du feu ». Les deux parties

clivées peuvent mener des vies parallèles de façon relativement satisfaisante à condition d'être l'une et l'autre suffisamment investies et repérables. Ce n'est pas le cas du vrai et du faux *self* qu'oppose Winnicot : le second masque le premier et le rend difficilement accessible ;

– *La répression* au sens fort ne s'exerce pas seulement sur les affects mais sur l'ensemble d'un fonctionnement ;

– *les somatisations précoces* tentent de barrer la route aux régressions intenses qui suivent l'effondrement de la vie mentale.

• **Défenses à l'œuvre dans le monde interne**

Les défenses ne se déploient exclusivement dans le monde interne qu'à partir d'un certain niveau d'organisation. Il serait inutile de détailler ici à nouveau ce qui a été exposé dans le chapitre IV de cet ouvrage. Nous nous contenterons de classer ces défenses selon leur lieu d'action (en ajoutant quelques remarques cliniques) :

– ***Les défenses portant sur des représentations*** les transforment et les remplacent (déplacement – formation substitutive – annulation), les séparent (isolation), les regroupent (condensation) ou les envoient ailleurs dans un autre lieu ou dans une autre instance (conversion – refoulement secondaire).

– ***Les défenses modifiant les pulsions elles-mêmes*** s'exercent sur le but de la pulsion ou le type d'énergie qui l'anime :

la désexualisation, la resexualisation et *la neutralisation* correspondent à des variations qualitatives et quantitatives de la libido investie ;

la conversion, en effectuant une inscription symbolique d'une représentation sur le corps, transforme aussi la libido en « énergie d'innervation » ;

le renversement en son contraire inverse le but de la pulsion ;

la sublimation inhibe la réalisation du but de la pulsion et lui en propose un autre.

– ***Les défenses modelant les instances*** (en premier lieu le Moi) :

• *l'identification* est un mécanisme qui tend à modifier le Moi. Sa forme la plus fréquente chez l'enfant est l'identification à l'agresseur ;

• *les formations réactionnelles* peuvent modifier dès l'enfance le type de fonctionnement du Moi et faire le lit des futures « névroses de caractère » ;

• *le dédoublement du Moi* permet de barrer la route à l'éclatement psychotique, au prix d'une amputation plus ou moins radicale.

❐ Principes du fonctionnement mental

Freud a toujours affirmé que le fonctionnement mental est toujours **bipolaire et** peut se résumer à l'opposition dialectique d'une série de paires contrastées dont les éléments sont inséparables et donnés en même temps :

– principe de plaisir/principe de réalité ;
– processus primaire/processus secondaire ;
– liaison/déliaison ;
– Eros/Thanatos (et Logos/Ananchè selon Green (112)).

C'est au moment de l'acquisition de la motricité et de la marche qu'en théorie *l'épreuve de réalité* permettrait de distinguer l'interne et l'hallucinatoire

soumis au principe de plaisir (interne auquel on ne peut échapper), d'une réalité extérieure qu'on peut fuir (ou cacher).

De plus, le principe de réalité se construit progressivement à partir d'autres épreuves où l'enfant apprend, à son corps défendant, la nécessité d'un détour ou d'une attente qui suspend la décharge de plaisir. La différenciation tardive des deux principes ne permet pas d'affirmer que l'enfant serait soumis au principe de plaisir, puisqu'il n'a de sens que par rapport au principe de réalité.

Il serait tout aussi abusif de présenter le jeune enfant comme fonctionnant selon le processus primaire, à moins de supposer que le processus secondaire s'installe très tôt – ce qui n'est pas exclu !

Importance du point de vue économique

On sait qu'on appelle « investissement » le travail par lequel une certaine quantité d'énergie instinctuelle ou psychique se trouve liée à une zone du psychisme, du corps ou de l'environnement. Les cliniciens d'enfants décrivent en termes d'investissements un grand nombre de processus où le point de vue économique leur apparaît prévalent.

Cette énergie d'investissement n'est pas infinie, mais limitée comme le rappelle F. Pasche [199]. Ainsi, le surinvestissement d'un secteur entraîne l'appauvrissement d'un autre. On peut donc inclure dans l'équipement d'un enfant la quantité d'énergie d'investissement dont il dispose et la répartition de ce quantum. Cette énergie variable est la somme de ses ressources pulsionnelles propres et des apports en énergie qu'il peut recevoir de ses parents.

❐ Travail d'investissement

C'est une occupation (investir dans) et une poussée (la pulsion est une force qui presse et anime). La zone investie est intégrée dans le psychisme et acquiert à son tour une certaine énergie, qui lui permet de fonctionner et d'étendre son action. Cette élaboration continue permet la différenciation progressive des diverses zones du psychisme et leur liaison.

La clinique nous montre des échecs radicaux de ce travail. Nous faisons allusion ici à tous les cas où l'énergie investie ne provient que de l'instinct de mort : les nourrissons en plein marasme décrits par Spitz, certains enfants autistes intensément destructeurs ou automutilateurs frénétiques.

❐ Domaines d'investissement

On peut partager les domaines d'investissement en deux domaines principaux : le domaine narcissique et le domaine objectal, entre lesquels il y a un v*a*-et-vient continuel. Voici les principaux domaines qui peuvent être investis selon le mode narcissique et selon le mode objectal :

– *L'image statique du corps.*
– *Les fonctions corporelles (*respiration – nutrition – élimination).
– *Les diverses zones érogènes primaires*.
– *La motricité*, si souvent surinvestie chez l'enfant.
– *Les organes des sens* et leurs différents domaines plus ou moins primitifs.

Les typologies individuelles et certaines pathologies se définissent par une combinaison et une articulation originales des investissements de ces divers domaines corporels. Au niveau de la *typologie* on peut par exemple opposer les enfants actifs aux visuels, ceux qui ont besoin de caresses cutanées et de contacts à ceux qui les fuient. Au niveau de la *pathologie* on évoquera un investissement très primitif de cette zone constituée par le nez, la bouche et le poumon devant le comportement tantôt flaireur et tantôt dévorant de certains enfants autistes (à l'égard du moindre objet ou du corps d'autrui). On assiste à un surinvestissement des fonctions d'élimination dans les structures anales. On peut rappeler aussi, avec Fain, combien la vision permet d'appréhender l'objet à distance, permet un arrêt de la motricité et s'oppose à l'audition qui est participation au rythme de l'autre et à la scène primitive dont on sait qu'elle est entendue bien plus que vue.

– *Les diverses zones du psychisme*. Chaque organisation se définit par des modes particuliers d'investissement du « Moi », des systèmes défensifs et de certains instruments (le langage, l'intelligence, la pensée). L'investissement par une énergie trop longtemps ou trop intensément sexualisée entraîne la répression du Surmoi. Ainsi pour fonctionner de façon autonome et productive, les processus cognitifs doivent être désexualisés. Rappelons enfin que tout le système défensif des formations substitutives s'exprime en termes de *contre-investissement.* On désigne ainsi le déplacement de l'investissement sur une autre représentation consciente, pour empêcher le retour du refoulé. Ceci entraîne une dépense d'énergie continuelle qui appauvrit les possibilités d'investissement libre du « Moi ».

– *L'objet* dont l'investissement permet la constitution progressive. En effet, la genèse de la relation objectale est d'abord un phénomène économique. *L'objet est investi avant que d'être perçu*. Les deux types de choix d'objets peuvent aussi se décrire en termes économiques. Dans le *choix par étayage* il y a déplacements et appuis successifs d'investissements d'une zone à l'autre, d'une fonction à une autre. Dans le *choix d'objet narcissique,* il y a répétition et comme réduplications incessantes à la fois du mode d'investissement et de l'objet (choisi toujours comme image du « Soi »).

Définition de deux lignées

Tout oppose le *Ça* inné et l'*Ics* construit. Comment, alors, prendre en compte les deux topiques freudiennes? Comment les articuler et les intégrer de façon égale dans une vision métapsychologique de cette clinique infantile où l'inné et l'acquis s'entrelacent? Il m'apparaît nécessaire de définir deux lignées. Indistinctes jusqu'à la constitution de l'objet et du Moi, elles se différencient ensuite pour jouer chacune sa partie dans un même concert. Nommons la première lignée *instinctuelle,* pour rappeler l'importance du plus archaïque chez l'enfant, et réservons à la seconde l'épithète de *pulsionnelle (et représentative).*

Lignée instinctuelle

Cette lignée se situe dans un entre-deux entre l'excitation et la représentation, non seulement pour précéder cette vie représentative, mais aussi pour *l'accompagner, la soutenir ou l'éviter.*

L'isoler permet de prendre en compte le poids constant du biologique, du corps et de l'environnement, non seulement sur les premiers fonctionnements, mais aussi sur la suite de la vie humaine dans tous ses aspects.

❐ Nécessité d'une théorie de l'instinct

Les recherches éthologiques sur l'enfant, la clinique psychosomatique précoce et les pathologies graves du comportement, imposent de considérer que des instincts ont leur place parmi les conditions de la vie psychique (et pas seulement à ses débuts). Cela ne peut se faire qu'à condition de renoncer à la définition traditionnelle de l'instinct qui le réduit à n'être qu'un mécanisme neurobiologique inné, entraînant chez l'animal un comportement à jamais fixé dans sa répétition. Une théorie de l'instinct humain reste à construire.

Cette théorie devrait rendre compte en particulier du décalage important qui existe entre les performances relativement complexes dont un enfant est très tôt capable et son degré de mentalisation. Ce n'est que très progressivement, en effet, que les comportements de l'enfant, la façon dont il communique et les images qu'il construit s'intègrent dans un fonctionnement purement psychique. Avant cette intégration, toute une part de ses conduites adaptatives apparaissent relever d'un domaine à part qui se distingue tout autant du domaine animal que de la sphère mentale. On peut considérer ce domaine comme celui de *l'instinct humain* (et y inclure tout ce qui plus tard, chez tout homme, est apparemment automatique sans être strictement inconscient, c'est-à-dire refoulé).

Ce domaine ne se situerait pas seulement dans un avant, un préalable, mais accompagnerait la vie mentale pour pallier ses éventuelles défaillances (en mettant l'être humain en *pilotage automatique*). On appelle cela, depuis longtemps, instinct de conservation, ou instinct de vie. Mais à aucun moment ce domaine n'est représenté dans la vie psychique.

En deçà de la vie pulsionnelle et représentative et chargée de la préparer (avant de l'accompagner et de l'étayer plus tard), la lignée instinctuelle se nourrit aussi d'une série d'oppositions dialectiques. Les principales articulent instinct de conservation et instinct sexuel — instinct de vie et instinct de mort — répétition et changement. C'est ce dualisme le plus souvent fécond et quelquefois destructeur que nous verrons à l'œuvre dans la violence de l'agir et l'éclosion du narcissisme.

❐ Narcissismes : image du corps et image de soi

Freud (89) entend par narcissisme à la fois une énergie (libido du Moi opposée à libido d'objet), un secteur d'investissement (le Soi, ou le Moi opposé à l'objet), un mode de fonctionnement (choix d'objet narcissique de la femme opposé au choix d'objet par « étayage » chez l'homme), un fantasme familial (« his Majesty the baby ») et une pathologie (névroses narcissiques, c'est-à-dire hypochondries et schizophrénies).

Le narcissisme, qui appartient aux deux lignées, est une sorte de carrefour d'échange et de liaison entre elles. Ce concept est inséparable de celui de

libido du Moi, que l'on peut considérer comme une énergie instinctuelle, au moins dans un premier temps.

- **Hypothèse d'un narcissisme originaire antérieur à la naissance**

– Existe-t-il un narcissisme fœtal aconflictuel et élationnel tel que le postule Grunberger? Il faudrait admettre (ce qui est de plus en plus contesté) que le fœtus a une vie parfaitement protégée, sans aucune tension et stimulation, et qu'une trace mnésique de cet état permettrait à l'enfant de l'halluciner ou de le recréer après la naissance. C'est le moment de rappeler que beaucoup d'auteurs récents ajoutent à la triade habituelle des fantasmes originaires celui de *retour au sein maternel*.
– Delassus (61) a repris récemment à sa façon cette hypothèse de Grunberger en décrivant chez le fœtus dès trois mois un sentiment de « totalité » (avec et dans la mère) que les sensations multiples dans lesquelles il baigne enrichissent sans l'altérer.
– C'est à ce niveau qu'interviendrait déjà (dans sa forme normale) l'élément premier du *conflit esthétique* décrit par Meltzer : le fœtus loin de vouloir rester à l'intérieur de la mère s'y sentirait tellement à l'étroit qu'il éprouverait un violent désir de naître.

- **Processus de constitution du narcissisme primaire après la naissance**

Existe-t-il un *narcissisme inné* et une instance qui interviendrait dans la vie physique et psychique du nourrisson? On peut admettre l'existence d'un auto-investissement massif d'énergie narcissique qui permettrait la poursuite de la vie du nourrisson et la constitution d'une instance indifférenciée totalisante que nous préférons appeler le Soi. Ce narcissisme comporte bien deux aspects complémentaires : l'aspect économique (répartition d'investissements) et l'aspect topique (l'instance présente ou à créer).

Le capital narcissique de départ est vite épuisé et c'est progressivement (par un processus à la fois endogène et exogène) que se constitue l'éventuel narcissisme primaire. Il succéderait aux auto-érotismes primitifs qu'il réunirait, et précéderait l'amour d'objet. Freud et ses contemporains le considèrent comme le résultat de trois processus :

– découverte des parties du corps perçues d'abord comme étrangères (« projection » postulée par Tausk), puis investies et réunies au Soi par de nouvelles identifications ;
– intégration et liaison des excitations diffuses désorganisatrices ;
– Fusion des auto-érotismes partiels liés à des zones érogènes partielles et des pré-objets partiels.

Le *Moi fondateur de l'unité organique* décrit par Tausk apparaît constituer le fondement de l'identification en soi-même. Cette identification primaire n'a pas de signification psychologique : le corps n'est perçu ni comme présence ni comme unité, le sensorium est muet, non investi (à cause du bouclier pare-excitation et de la non-myélinisation de certains nerfs).

De nos jours, M. Fain propose un schéma différent. Il insiste sur le *balancement obligatoire entre narcissisme et auto-érotisme* (modes de fonctionnement opposés et simultanés) et sur la nécessaire mise en jeu du

bouclier pare-excitation. Celui-ci apparaît grâce à la première censure qu'impose la mère lorsque sa pensée abandonne son enfant pour redevenir épouse (« censure de l'amante »). De plus, l'instinct de mort, en mortifiant les limites du Moi corporel (au sens de Federn), crée une coque indispensable. Rappelons encore la double origine de l'énergie narcissique qui investit le corps de l'enfant : à l'énergie endogène s'ajoute celle apportée (en quantité suffisante ou non) par la mère au moment des premiers soins corporels, du bercement et de l'alimentation (Spitz [229]).

En fait, il semble donc y avoir deux éléments : une énergie qui est d'ordre libidinal, venue de plusieurs origines, et un processus de limitation. Dès cette époque aussi, le narcissisme a un rapport avec le phallus dans la mesure où l'enfant est le phallus de la mère.

S'agit-il d'une instance réelle ou hypothétique? Est-elle permanente ou s'éteint-elle après la constitution du narcissisme secondaire? Il semble en fait que le narcissisme primaire ne précède pas le narcissisme secondaire et ne disparaisse pas derrière lui. Il reste le lieu où se réalise la liaison indissoluble entre le biologique et le psychologique, entre soi et l'autre.

Le narcissisme primaire s'illustre par un fantasme familial (qui le fonde peut-être) celui du bébé tout puissant qui règne sur tous : « his Majesty the Baby » (Freud).

• **L'objet décevant et abandonné, le narcissisme secondaire :** le retour au Soi et au corps des investissements, après abandon des objets, définit le narcissisme secondaire (« l'amibe rétracte ses pseudopodes » Freud).

C'est à ce moment que l'aspect quantitatif prend toute son importance, si l'on se rappelle que l'énergie narcissique est limitée. On peut admettre, comme Federn, que les objets investis narcissiquement (ce qui appauvrit le Moi) ne restituent pas toute l'énergie mise en eux. Cette frustration inévitable entraîne un retrait vers les frontières du Soi (qui se trouvant alors investies, se différencient, tout comme l'objet).

C'est dans ce mouvement de retour que se constituerait le narcissisme secondaire (et le Moi). Mais c'est aussi à cette époque que se différencierait l'idéal du Moi comme projection du narcissisme et l'image du phallus comme compensation, fermeture du manque.

Mais comment se constituera ultérieurement l'objet et comment sera-t-il investi? Le sera-t-il dans un deuxième mouvement libidinal? F. Pasche préfère l'hypothèse d'un *anti-narcissisme* contemporain du narcissisme [198]. Par ce mouvement énergétique inverse, l'objet serait investi progressivement (ce qui suppose l'existence d'une libido objectale et anti-narcissique précoce).

Une autre théorie refuse aussi cette succession temporelle de deux narcissismes : pour D. Braunschweig et M. Fain un *narcissisme primitivement secondaire* (dérivé de l'instinct maternel) entrerait dès le début en conflit avec le *narcissisme primaire* (issu de l'inextinguible hallucination de besoin) pour l'encadrer et le contenir. (41)

• **Destin du narcissisme :** même si on ne le considère pas comme une instance ayant un rapport consubstantiel avec l'oralité (Grunberger), le narcissisme semble à l'œuvre au début du développement et pendant toute sa durée. Ainsi, pendant la phase anale, le boudin fécal expulsé ou retenu a déjà valeur phallique et narcissique. On le retrouve au moment de la phase phallique préœdipienne et à l'adolescence. Il est aussi, à cette époque, particulièrement à l'œuvre dans toutes les identifications à un groupe fusionnel et anti-érotique (Braunschweig et Fain [40]). On pourrait aussi considérer que toute l'histoire du narcissisme se confond avec celle du Moi — mais celui-ci, s'il englobe le narcissisme, possède aussi toute une série de fonctions d'adaptation.
L'épithète narcissique prend un sens très particulier chez Freud dans le cadre de sa typologie des types libidinaux [103]. Il définit le caractère narcissique par l'absence de tension entre Moi et Surmoi, le remplacement du besoin érotique par l'autoconservation, l'importance de l'agression libre et le désir d'être aimé plutôt que d'aimer, ce qui définirait aussi les *leaders*.

D'une certaine façon, un narcissisme sans lien avec la lignée objectale constitue une *double impasse* (théorique et clinique) ; toute structure fermée où il est le seul à fonctionner reste à la fois difficilement pensable et peu curable. Seule la présence d'éléments hétérogènes peut fournir une chance de sortir du spéculaire et de la répétition.

• **Un « indicateur du narcissisme », le corps et son image :** toute cette théorie du narcissisme peut apparaître bien hypothétique, bien abstraite. Mais la clinique du narcissisme infantile peut se traduire de façon beaucoup plus concrète et parlante si l'on évoque simplement le corps réel de l'enfant et l'image que lui-même et les autres ont de ce corps. Dès qu'on parle du corps, on renvoie à la fois au *corps réel* observé par l'autre et à l'*image du corps* (sa représentation dans le psychisme).
Le *corps réel* s'offre comme objet, comme domaine d'investissement, souvent à l'insu du sujet. Le type d'investissement à la limite « modèle » le corps pour le rendre harmonieux ou discordant.

La genèse progressive de cette *image du corps* est inséparable de celle de l'espace de la motricité, du langage (et du graphisme) et s'opère par une série d'investissements partiels de zones érogènes, réunies ensuite autour du primat de la zone génitale (Schilder [222]).

Mais ce corps revêt aussi une multitude de valeurs et de sens pour la mère qui l'a investi de façon variable selon l'époque du développement. Et ce sens peut être très défensif. Ainsi, la référence exclusive au corps de l'enfant lui permet (ainsi qu'à certains médecins) de nier toute vie psychique et relationnelle. Dans tout avatar du développement, et même dans tout trouble psychique, on ne recherche que la lésion. Toute relation avec l'enfant se veut aseptisée et ne passer que par la voie du soin somatique ou du médicament. Mais à travers le corps, la communication des affects, des désirs et des fantasmes s'opère malgré tout (comme nous l'a montré l'étude des interactions).

• **Pathologies du narcissisme :** pour la plupart ce sont des pathologies de carence — mais quelquefois d'excès et de surcharge. Ainsi l'investissement purement et férocement narcissique primaire œuvre dans l'autisme infantile.

L'angoisse, les conduites automutilatrices graves y sont très fréquentes. On peut évidemment supposer que l'enfant agresse une partie de son corps parce qu'elle est perçue comme étrangère (projection de Tausk), ou parce qu'elle est investie d'une énergie narcissique insuffisante (Federn). On retrouve cette projection, ce sous-investissement, dans certains délires de l'enfant mais surtout dans la « mécanisation » du mouvement et de l'activité des enfants-machines (Bettelheim [25]) ou de certains instables graves.
Des carences narcissiques précocissimes se traduisent par des syndromes somatiques gravissimes dans le premier mois (Spitz, Fain, Kreisler). Tous les autres syndromes psychosomatiques du bébé et de l'enfant correspondent à des constellations particulières des narcissismes : nous les étudierons plus loin.

Mais la clinique du narcissisme infantile ne s'exprime pas seulement sur un mode économique et carentiel. On assiste, en effet, à des remaniements ou mouvements défensifs (contre-investissements de certains secteurs du Moi ou du monde, fantasmes, expansions mégalomaniaques, passages à l'acte).

On retrouve des carences du même ordre et des remaniements défensifs complexes dans tout l'éventail des états limites et de leurs aménagements. On peut considérer beaucoup de ces remaniements comme des *maladies de l'idéal.*

Évoquons enfin les diverses images du corps dans les grandes organisations : *corps morcelé, envahi ou tout-puissant* du psychotique, *corps en mosaïque* ou truffé de vacuoles de l'état limite, *corps-phallus* de certaines organisations narcissiques et caractérielles, *secteur* du corps *délibidinalisé* et *autonome* du psychosomatique, *corps expressif et corps-fantasme* de l'hystérique.

❒ Agir, agressivité et violence

Violence et agressivité primaire : un long et stérile débat a opposé les partisans de l'amour primaire et ceux de l'agressivité primaire. En ramenant au niveau de l'instinct violent de survie cette pseudo-pulsion primaire, J. Bergeret nous évite de nous interroger sur la valence (agressive ou non) de la première activité de l'enfant.

Cet instinct apparaît avec l'avidité orale toujours insatisfaite (distincte de la faim), et avec le besoin de satisfaction immédiate (même si on refuse l'image kleinienne du mauvais sein qu'il faut expulser et détruire). Pourtant, Grunberger affirme que cette agressivité orale primaire n'est qu'une illusion née d'un après-coup par lequel est projeté sur la phase orale le sadisme anal.

Le masochisme érogène « gardien de vie » : des recherches théoriques modernes sur la place et la fonction du masochisme primaire ont, à leur façon, détrôné aussi l'agressivité primaire. Ainsi, B. Rosenberg tire toutes les conséquences de l'épithète d'érogène accolé par Freud au masochisme primaire et affirme la présence organisatrice d'un noyau masochique primaire du Moi. Seul ce noyau pourrait *lier* l'instinct de mort.

Intrication et désintrication : il semble ainsi y avoir une convergence actuelle des théories refusant à l'agressivité le statut de pulsion primaire pour lui donner celui d'une construction tardive.

La dernière théorie des pulsions chez Freud liait déjà l'agressivité à l'instinct de mort, et au jeu dialectique de celui-ci, avec la libido. L'agressivité serait la partie de l'instinct de mort tournée vers l'extérieur et investie dans la musculature. Dans cette opération, elle est mise au service de la libido et constituerait ainsi le sadisme (en revanche la partie restée dans l'organisme, et liée elle aussi à la libido, serait le masochisme érogène). C'est au moment de la phase anale que l'on perçoit le mieux ces multiples relations structurales. Mais l'intrication pulsionnelle ainsi affirmée n'est ni immédiate, semble-t-il, ni définitive : l'impact désorganisateur d'un traumatisme se traduit par une désintrication pulsionnelle.

Place de l'agressivité dans l'économie psychique : l'agressivité apparaît en filigrane durant toute l'évolution ultérieure de l'enfant et de l'adolescent. Elle émerge au moment de la phase phallique et du complexe d'Œdipe (par exemple dans la haine du petit garçon pour le père rival). Au moment de la latence, elle s'éteint apparemment pour se dériver dans l'activité, le jeu, le sport et l'apprentissage scolaire. Elle réapparaît souvent violemment au moment de la crise de l'adolescence où le conflit œdipien devient une guerre entre générations.

La dualité pulsionnelle est continuellement présente dans toute l'activité mentale. L'agressivité elle-même s'exprime combinée dans le fantasme et directement dans l'affect de culpabilité. La pensée elle-même tire son dynamisme et ses possibilités d'analyse de la pulsion agressive qui permet de scinder des éléments, d'abstraire des contenus (la libido permettant en revanche les liaisons et les concaténations nécessaires).

Il faut distinguer soigneusement les différents modes d'apparition de l'agressivité. Elle peut, en effet, s'agir par le corps et la musculature, ou s'exprimer dans le langage. Dans d'autre cas, elle se voit refoulée ou inhibée (de façon souple, ou au contraire rigide si son intensité impose un contre-investissement massif).

Sur le plan de la pathologie de l'enfant, on retrouve ces différents modes de l'agressivité dans les psychopathies (agir pur), les psychoses (clivage et désintrication) et dans la névrose obsessionnelle (dans un jeu mental complexe). Tous ces devenirs de l'agressivité se distinguent en fait par leur degré de mentalisation et de liaison à la libido.

L'agir et ses avatars : l'agir a mauvaise réputation car il est défini le plus souvent comme *acting out*. On désigne ainsi le passage à l'acte dans le cadre d'une psychothérapie, mais on qualifie très vite d'*acting* toute issue agressive, toute fuite d'une relation, tout refus d'une mentalisation.

Chez l'enfant il est préférable d'utiliser le terme plus neutre et plus large d'*agir*, agir qui constitue un mode premier d'expression et de relation.

L'action musculaire ne résume pas l'agir, même si ce dernier prend sa source en elle. La primitive « pulsion d'emprise » condense d'abord toute une série de comportements d'appropriation de l'objet primaire.

L'espace lui-même s'organise. La marche permet depuis un certain temps, on le sait, l'avènement du principe de la réalité et de la distinction intérieur et

extérieur (la tension interne étant celle à laquelle on ne peut échapper en se déplaçant).

L'action intentionnelle, la motilité orientée naissent en même temps qu'une agressivité sexualisée et que la possibilité de s'opposer au moment de la phase anale (après la *divided line* de R. Fliess), qui marque le début des possibilités de contrôle et de maîtrise.

L'activité mentalisée et son intrication avec l'agir : on assistera plus tard au remplacement de l'agir par une « expérimentation psychique », une « action d'essai » interne qui consomme moins d'énergie et qui sera la pensée. De plus, la possibilité de dire non (que Spitz considère comme le troisième organisateur), puis le jugement de négation introduisent la dimension du symbolisme et de l'abstraction dans cette pensée d'abord très empirique.

La régression vers l'agir reste longtemps « normale » chez l'enfant qui ne peut toujours élaborer une frustration, se rappeler un souvenir traumatisant ou dépasser un conflit. L'agir de l'enfant et sa pathologie ont un rapport direct avec les divers conflits infantiles — qu'il s'agisse d'inhibition ou d'impulsion. On y retrouve toujours, selon les moments, l'intrication ou la désintrication pulsionnelle. Mais l'agir a un autre devenir : la lente accession à l'autonomie et à la créativité semble s'accompagner d'une désexualisation et d'une déconflictualisation de l'agir (parallèle à celle de la pensée, pour constituer avec elle la « sphère du Moi libérée du conflit »). Les inhibitions de l'agir peuvent en revanche être liées à un arrêt de ce processus.

Clinique de l'agir : ce dernier constitue donc un domaine d'investissement et un mode d'expression. Il semble que les rapports entre l'agir et certaines perturbations narcissiques à expression psychosomatique précoces soient nets. Ainsi les enfants anorexiques ont-ils souvent un développement psychomoteur prématuré et un surinvestissement de la motilité (Fain) — surinvestissement que l'on retrouvera à l'adolescence dans *l'anorexie mentale essentielle*.

Un passage à l'acte sera lié à une mauvaise répartition économique (passagère ou inscrite) et pourra éventuellement avoir un sens : appel à l'autre, indicateur de conflit, défense. On distinguera parmi ces *acting* :

– des *acting purs*, (répétitifs ou non), sans angoisse ni affect liés à l'agressivité primaire chez les psychopathes. Dans un registre proche, les accidents graves à répétition chez l'enfant sont des équivalents suicidaires sans angoisse dépressive nettement mentalisée. On pourrait y rattacher (pour choquant que ça paraisse) le « syndrome des enfants maltraités » dans lequel on devine une véritable « provocation masochique primaire » de la part de l'enfant qui pousserait l'adulte à le martyriser ;

– des *acting* qui ont une valeur de *fantasmes inconscients* : ces *acting* purs ou ces *acting* fantasmes sont liés, d'après P. Greenacre, à l'oralité et au manque d'égard pour l'objet maternel. On peut en effet remarquer après Hengel, que l'*acting* a un but inconscient d'englober tous les autres (autres que la mère) dans un conflit, et qu'il constitue un mode de protection contre une menace de perte d'identité ;

– des *acting liés à la culpabilité névrotique* et au désir d'autopunition : pour certains, la pathologie de l'agir n'aurait pas une signification tellement archaïque chez l'enfant, mais serait la non-utilisation régressive passagère du langage. Le passage à l'acte a valeur de décharge pulsionnelle ou purement énergétique primaire (Nunberg). Caché sous des rationalisations pauvres, il maintient le refoulement. De toute façon, son caractère répétitif n'est absolument pas perçu.

Mais la clinique de l'agir comprend aussi les inhibitions, l'apragmatisme, les dyspraxies, l'hyperactivité défensive.

Chez l'adolescent, l'*acting*, s'il constitue un mode de dénégation des limites frustrantes imposées par la réalité et une régression magique et identificatoire à la mère phallique, n'en constitue pas moins finalement un processus maturatif et adaptatif (Blos [32]).

Lignée pulsionnelle et représentative

❒ Représentance

Comment entendre le mot « représentance » ? C'est d'abord la transposition en français du *Repräsentanz* allemand employé par Freud concurremment avec *Repräsentant*. Le représentant serait ce « délégué », cet ambassadeur de la pulsion dans le psychisme : le représentant psychique. Mais le substantif féminin français, par un glissement et un enrichissement de sens, évoque tout autant le processus par lequel cette délégation s'opère. Toute étude de la représentance (si l'on reprend l'analyse du *Vocabulaire de la psychanalyse* de Laplanche et Pontalis) supposerait donc que l'on examine successivement le *délégué* (le représentant), le *mandant* (la pulsion), le *mandat* donné au délégué et la façon dont le délégué *informe* en retour son mandant (au double sens de lui renvoyer des informations et de le modifier éventuellement).

Les éléments essentiels de la représentance sont classiquement au nombre de trois : représentation de mots, représentation de choses et quantum d'affect. Mais chacun de ces éléments aurait une valeur de représentance, une date d'apparition et une inscription topique différentes. Ces différences s'organisent autour de plusieurs oppositions :

– opposition entre ce qui figure (représentations de mots et de choses) et ce qui manque à représenter (affect) ;
– opposition entre ce qui est ouvert, indénombrable (représentation de choses) et ce qui est fini et clos (représentation de mots), c'est l'opposition notée par Freud dès 1891 dans son travail sur l'aphasie [81] ;
– opposition entre ce qui est l'objet du refoulement, et s'inscrit dans plusieurs systèmes (représentation de choses), et ce qui ne siège normalement que dans un seul (représentations de mots).

Mais ces trois éléments de la représentance ne sont pas les seuls. Il faudrait y ajouter d'autres éléments qui, sans appartenir à la représentance au sens strict, concourent à son organisation en la provoquant, l'inhibant ou en se substituant à elle. Ce sont des éléments de l'activité corporelle : l'activité sensorielle et perceptive, l'activité motrice et l'expression émotionnelle.

Avant d'étudier plus loin le destin des représentations de mots et des représentations de choses il nous faut détailler ce que la *représentance par l'affect* a de spécifique (qu'il s'agisse de l'angoisse ou de l'ensemble des affects) et préciser sa fonction.

❐ Ontogenèse des affects

L'importance de l'*affect* dans le monde de la représentance est d'autant plus grande qu'à son rôle *quantitatif* de poussée énergétique s'ajoute un rôle *qualitatif* d'expression (A. Green (112)). Ces deux aspects renvoient l'un et l'autre à la persistance du lien de l'affect au corps et à l'instinctuel après son intégration dans le monde représentatif. L'observation et l'étude de l'enfant au cours de son évolution permettent d'assister à la construction de l'affect et de mesurer sa place. Elles confirment pleinement les constructions théoriques *a posteriori* des analystes d'adultes.

Longtemps seule expression possible des éprouvés corporels les *émotions* se différencieront progressivement entre elles et œuvreront à la constitution du monde interne, tout en gardant un lien immédiat au corps (d'autant plus qu'elles invitent à agir de façon globale ou spécifique). Dès ce niveau le caractère agréable ou désagréable de l'éprouvé importe autant que son intensité.

Les *sentiments* marquent un premier niveau de mentalisation et de sortie de l'actuel et du narcissique : ils comportent en effet un mouvement vers un objet ou un complément (j'aime X, je déteste Y). De plus ils se déclinent selon des modalités multiples et composent une palette où tout peut se retourner, s'inverser et où les contraires peuvent se mélanger (amour/haine – attirance/dégoût). Le premier inconscient peut déjà les accueillir.

Le *véritable affect* apparaît tardivement, après une différenciation suffisante des instances, c'est-à-dire avec le refoulement secondaire auquel il prête sa force. C'est à ce moment que se vérifie le mieux son lien avec *l'hallucination négative.*

Le *destin de l'affect* : comme l'affect mobilise et gêne il déclenche (avec lui et contre lui) un double travail de transformation et de défense :

– coupure, séparation entre l'affect et les représentations de mots et de choses pour permettre à celles-ci d'être déplacées ;

– inversion ;

– retour total au corps et à « l'innervation » dans l'hystérie de conversion (avec l'apparence d'une *belle indifférence*) ;

– inhibition (dans névrose obsessionnelle) ou blocage dans de profondes régressions psychosomatiques ;

– l'effacement progressif de l'affect selon Freud l'amènerait à n'être plus qu'un *rudiment* dans l'inconscient.

La lutte contre l'affect ne se résume donc pas à la *répression* mais met en jeu toute une gamme de défenses et de techniques d'appropriation de l'agréable et de transformation du déplaisant et de l'intense. Car l'énergie elle aussi demande à être traitée ou déplacée. De toute façon l'affect contraint le psychisme à un nouveau travail de représentation, de fantasme ou de pensée

qui seul pourra limiter son impact désorganisateur. Si ce travail échoue, seul un symptôme ou un rêve réussi pourra éteindre l'affect.

Ce rappel général sur les modalités de l'affect que de préparer l'étude détaillée de l'angoisse dont on sait qu'elle constitue à la fois un affect et une défense.

❒ Variété d'affect et mode défensif : l'angoisse

• L'angoisse et ses variétés

On définit généralement l'angoisse comme un « affect pénible en relation soit avec une situation traumatisante actuelle, soit avec l'attente d'un danger lié à un objet indéterminé ». Une telle définition condense les deux théories successives de l'angoisse chez Freud. Si l'angoisse est un affect, elle constitue un avatar de la pulsion et n'apparaît que de façon relativement tardive au sein d'une topique psychique déjà constituée. Si l'angoisse est une anticipation et une défense, elle appartient aux fonctions élaborées du Moi.

Si l'étude de l'enfant ne nous permet pas de choisir entre ces deux théories (d'ailleurs complémentaires), elle nous confirme l'existence d'angoisses précoces profondément enracinées à la fois dans le corps et dans les débuts de la vie psychique.

Précurseurs de l'angoisse : nous avons déjà noté qu'une prédisposition plus ou moins grande à l'angoisse fait partie de l'équipement de tout enfant.

L'angoisse de naissance ne mérite pas le nom d'angoisse, quelle que soit l'ampleur du traumatisme physiologique constitué par la naissance. Il s'agit en effet seulement d'un brusque remaniement des investissements et des pulsions au moment du passage d'une existence protégée, symbiotique, close, sans contact avec le milieu extérieur et en particulier avec l'air, à une existence autonome soumise à toutes les agressions. Ce passage brutal, dramatique, s'opère à travers la première respiration, le premier cri.

À partir de la naissance jusqu'à trois mois, on ne peut guère parler que de précurseurs de l'angoisse, précurseurs purement somatiques. Le nourrisson ne peut en effet éprouver que des états de tension, au maximum des états d'alarme face à un déséquilibre intérieur (faim, réplétion vésicale ou intestinale), face à un apport sensoriel qui excède les possibilités de décharge après avoir franchi le bouclier pare-excitation. Mais tous les individus ne réagissent pas de la même façon à ces premiers traumatismes : une prédisposition plus ou moins grande à l'angoisse fait partie de l'équipement de tout enfant — ce qui pousse Greenacre à parler d'une *angoisse de base amorphe*. C'est à partir de trois mois qu'apparaît le premier pré-affect manifesté par le sourire de l'enfant face au masque et au visage (premier organisateur de Spitz). Cet affect agréable aurait-il une fonction défensive contre l'extérieur?

Mélanie Klein [137] place à la même époque *l'angoisse schizoparanoïde* qu'elle reconstruit à partir de l'analyse précoce des enfants. Cette angoisse semble constituée par deux mécanismes de défenses le plus souvent concomitants : clivage et identification projective.

P. Greenacre (à la suite de Freud lui-même) pense qu'il y a un parallélisme entre angoisse précoce et développement du narcissisme. L'effort exercé par l'organisme en vue de surmonter un excès d'angoisse et d'empêcher son émergence entraînerait un surinvestissement narcissique ([117], p. 58).

La première angoisse : position dépressive (Mélanie Klein), et peur de l'étranger (Spitz). On est frappé de la convergence des thèses de Spitz et de Mélanie Klein qui, par des chemins différents, décrivent à peu près la même chose, c'est-à-dire la concomitance de l'apparition des premières ébauches du Moi, de l'objet et de l'angoisse. *L'angoisse dépressive* est la peur (éprouvée par un Moi déjà unifié) de perdre un objet perçu comme un tout, c'est-à-dire dont les deux parties clivées sont à la fois réunies et incorporées.

Chez Spitz, l'angoisse est liée à la reconnaissance du visage de la mère comme différent des autres et à l'affect qui survient quand ce visage et cette personne (déjà perçue comme extérieure) disparaissent et ne peuvent plus être remplacés par un autre visage — ou par un masque (comme au stade du premier organisateur).

À cette époque peut apparaître la *dépression anaclitique* : l'absence *prolongée* de cet objet total qu'est la mère fait perdre à l'enfant un appui nécessaire (il y a l'idée d'appui dans anaclitique). Le développement psychosexuel est stoppé dans un état d'atonie dépressive, vide d'affect, qui constitue aussi le modèle des futures dépressions graves de l'adolescent.

L'angoisse de séparation : il est difficile de dater l'angoisse de séparation telle qu'elle a été étudiée par Bowlby [36]. Cette angoisse de perte d'objet oral ou anal se structure progressivement. Au début, simple réaction de pleurs au départ de l'objet d'attachement, elle deviendra ensuite la crainte constante d'une éventuelle séparation. Elle s'accompagne d'un sentiment de culpabilité lié aux mouvements destructeurs qui visent l'objet.

L'angoisse anale : c'est le premier type d'angoisse composite qui soit liée à la fois à une pulsion, à un interdit et à un risque de perte d'objet. Elle a un quadruple versant :

– réaction aux injonctions et aux interdits des parents au moment de l'éducation sphinctérienne (donne, retiens) avec introduction du temps rythmé par l'alternance de phases de plaisir permis ou imposé (fais-Moi plaisir maintenant et fais-toi plaisir) et de maîtrise imposée ;

– oscillation entre une activité et une passivité qui peuvent être vécues l'une et l'autre comme aussi dangereuses ;

– peur de l'effraction anale et peur d'envahir l'autre, de le détruire avec ses excréments – peur d'autant plus vive qu'intervient à ce moment une désintrication pulsionnelle mettant à découvert l'agressivité (qui n'est plus liée à la libido). Cette agressivité agie entraîne la crainte projective d'une rétorsion ;

– peur de la perte de l'objet anal, objet aimé qui est soi et qui n'est pas soi. Ce boudin fécal qui sert à un jeu auto-érotique souvent très investi est une partie du corps dont la séparation du soi peut être dangereuse (séparation qui constitue le prototype archaïque de la castration). Beaucoup d'autres productions du corps (ongles, cheveux), beaucoup d'objets matériels (jouets, collections)

constituent un objet anal qu'il faut conserver à tout prix, et qu'on a peur et envie d'abîmer, de détruire.

La lutte contre cette angoisse de type anal met en jeu toute une palette de défenses : la projection, la négation de la réalité par la parole et par l'acte, l'isolation des affects, l'intellectualisation, la maîtrise par la pensée et le regard, l'annulation, autrement dit, tous les procédés de la pensée magique. Elles ont toutes pour but de restaurer la toute-puissance. Nous y ajouterons des défenses moins mentalisées et des modes de comportements comme l'inhibition motrice (par peur de l'agressivité) ou son inverse, l'agitation.

L'angoisse au stade phallique : c'est encore une angoisse de perte, qui apparaît au moment de la découverte de la différence des sexes, moment où s'établit l'équation phallus = puissance.

L'angoisse de castration : seule du registre du symbolique, elle marque l'accès au désir génital et à la loi, et à la relation triangulaire de personnes totales et sexuées. Elle se donne difficilement à voir, il faut la décrypter derrière des mécanismes de défenses beaucoup plus élaborés que les précédents. Comme elle provoque le refoulement (et est entraînée par lui), elle ne se déploie qu'au niveau du conflit névrotique et du fantasme inconscient.

- **Clinique de l'angoisse**

Si l'enfant avoue souvent ses diverses peurs, il est en revanche rarement en mesure de reconnaître et de nommer son angoisse. C'est à nous de la repérer, offerte et dérobée par le comportement et l'attitude. Les plus dramatiques ne sont pas les plus bruyantes. Il nous faut écouter notre propre angoisse devant certains enfants et rechercher de signes indirects. Cette angoisse induite, cette angoisse-écho chez l'autre, nous apparaît finalement le meilleur signe. L'exploration peut mettre en évidence des types très divers d'angoisse que nous décrirons en remontant du plus élaboré au plus archaïque :

Angoisse mentalisée et consciente (comme celle qui apparaît dans les phobies infantiles et qu'il faut étudier attentivement). Si elle est mentalisée, quelles sont ses limites? Correspondent-elles ou non à celles du « Moi » ou bien l'angoisse est-elle localisée dans un fragment du « Moi »? Ce fragment entre-t-il en communication avec les autres secteurs du « Moi » et avec les autres instances? Cette angoisse est-elle un pur affect ou s'accompagne-t-elle de représentations? Quel est le lien de ces représentations avec l'angoisse elle-même? (Exprime-t-elle son contenu, sa cause réelle ou non? Y a-t-il déplacement?)

On essaiera de préciser l'origine et la fonction de cette angoisse. Seules certaines angoisses nous apparaissent être vraiment des *angoisses du « Moi »* et de style défensif (même si le *primum movens* est ailleurs, le rôle de défense est au premier plan).

D'autres angoisses, beaucoup plus archaïques, nous semblent être des *angoisses du Ça*, venues de beaucoup plus loin et de beaucoup plus profond. L'angoisse n'apparaît alors que comme un représentant des pulsions intriquées ou non.

Signalons pour finir que, dans certains cas, on a l'impression, comme le notent Lebovici et Braunschweig ([159], p. 93), qu'existe une *angoisse libre, sans objet et sans imago*, qui est encore mentalisée, que l'on perçoit et ressent.

Si elle n'est actuellement investie sur rien, elle pourra s'investir un jour ou l'autre ; l'angoisse se comporte alors comme une énergie libre, en attente d'un objet.

Angoisse peu mentalisée et inconsciente : non intégrée au « Moi », elle se situe à un niveau plus archaïque que l'angoisse sans objet qui, elle, au moins, est éprouvée comme un affect. Cette angoisse inconsciente, non éprouvée comme affect par l'enfant, est seulement perçue par l'observateur. On rencontre cette angoisse flottante dans beaucoup d'organisations indifférenciées très fréquentes en clinique, mais elle peut aussi apparaître comme quasi physiologique à certaines périodes critiques du développement de l'enfant normal.

Beaucoup plus inquiétante nous apparaît *l'angoisse enfouie,* écrasée et abolie des enfants psychotiques ou pseudo-déficitaires, de certains enfants autistes et des adolescents hébéphrènes (la « réussite » est alors totale). On la retrouve dans des tableaux d'inhibition grave ou de sottise et dans des cas de niaiserie inexplicable et scandaleuse. On assiste au même enfouissement, mais au niveau corporel, dans les structures psychosomatiques, mais cet enfouissement et cet écrasement de l'angoisse ne sont jamais absolus, comme chez certaines structures figées de l'adulte. L'existence de trous dans la carapace défensive ou dans le travail de déni permet l'issue de brusques *raptus* d'angoisse.

L'angoisse peut être aussi uniquement *agie*, passer au niveau d'un *acte pu*r accompli sans aucune culpabilité, bien en deçà du sadomasochisme, à la recherche du talion le plus primaire, de la punition la plus absolue. Ce mécanisme opère non seulement dans les structures psychopathiques, mais aussi dans certaines instabilités graves, avec leur agitation incoercible. Beaucoup de comportements hyperactifs et pseudo-euphoriques ressemblent à de monumentales défenses maniaques.

On retrouve toujours chez l'enfant la juxtaposition de plusieurs types d'angoisses, et la présence d'une angoisse, même très archaïque, ne signifie absolument rien (pas plus, nous le verrons, que certains fantasmes du même type). En effet, les enfants, même normaux, usent abondamment du clivage, de la projection. *L'angoisse dépressive* est, elle aussi, extrêmement fréquente. Seule une étude structurale complète peut préciser autrement que par une équation linéaire la signification de tel ou tel type d'angoisse. À côté d'une angoisse prévalente, on peut repérer une série « d'étayages » successifs de différents types d'angoisse.

Angoisse induite et partagée : il n'est pas possible de décrire l'angoisse de l'enfant comme une angoisse isolée purement endogène. Elle s'intègre toujours dans un ensemble plus vaste, l'angoisse familiale dont elle est un des éléments inducteurs ou induits. Cette angoisse familiale n'est pas la simple juxtaposition des angoisses de chacun de ses membres mais une angoisse de groupe plus ou moins structurée. On peut trouver tous les types de successions possibles : antériorité de l'angoisse de la mère ou de celle de l'enfant, types d'angoisse complémentaires sur le plan structural. Dans ce cas l'un des éléments du groupe se structure pour se défendre contre l'angoisse de l'autre (c'est le cas de nombreuses mères d'enfants psychotiques dont la personnalité réputée psychotisante est une simple structure défensive contre l'angoisse morcelante de leur enfant). Certains cliniciens aussi ont remarqué que les

défenses hystériques chez l'enfant répondaient à une structure obsessionnelle chez la mère, ce qui montre bien le jeu entre deux types très différents d'angoisse (ou de lutte contre l'angoisse). Quand on décrit l'angoisse familiale, il est en fait extrêmement difficile de savoir à quel niveau les choses se sont amorcées. Il vaut mieux considérer le jeu dialectique qui se joue dans la famille pour réduire, colmater, négocier l'angoisse du groupe familial.

❐ Système « veille-sommeil-rêve »

Un des indicateurs les plus précieux du niveau de mentalisation est la différenciation d'un fonctionnement onirique dans lequel le rêve, dans sa complexité, est le résultat d'un véritable *travail* qui met en jeu toutes les instances, aussi bien le jour que la nuit (dans le jeu entre désir du rêve, reste diurne, censures, restes nocturnes et récit du rêve). On pourra alors considérer le rêve comme un des éléments d'un système complexe de fonctionnement mental que l'on pourra appeler « veille-sommeil-rêve » (Braunschweig et Fain [41]).

Dans ce système, on assiste à l'élaboration progressive et toujours inachevée des liens et des censures entre le jour et la nuit, comme des censures entre les instances. Longtemps l'enfant fabule et rêve le jour, tout en ne parvenant pas à construire la nuit autre chose qu'un cauchemar ou un pseudo-rêve de désir. Grâce à ce travail, on ne rêve que la nuit et l'on se souvient de bribes de rêves aussi construits qu'énigmatiques (sans rapport direct avec l'activité et les événements diurnes). La réalité, même infiltrée de fantasmes, ne fait pas doute et la rêverie diurne n'est qu'une fantaisie qui n'a rien d'un rêve.

On mesure combien un tel système peut être longtemps défaillant et incomplet chez l'enfant. Chez lui, la confusion entre fantasme et réalité, la clarté de rêves (qui expriment directement le désir ou la peur) nous montrent combien est précaire chez lui la séparation du jour et de la nuit. C'est pourquoi l'exploration de ce système « veille-sommeil-rêve » est essentielle, car elle peut nous indiquer son niveau d'élaboration psychique.

❐ Les fantasmes et le fantasme

• Introduction

On évoque souvent sous le nom de fantasmes les « fantaisies » conscientes ou à demi conscientes qui s'expriment plus ou moins clairement dans le jeu, le dessin, les tests projectifs, la rêverie de l'enfant. L'observateur qui se croit « averti » découvre avec un certain plaisir de voyeur un sens caché à ces fantaisies, en utilisant une « clef » analogue à la clef des songes (bras coupés = castration par exemple). On suppose alors une sorte de parallélisme très linéaire, point par point entre les fantaisies (collection d'images) et l'inconscient (collection de sens). On oublie alors que le fantasme est construit et qu'il a une fonction dynamique et défensive.

On retrouve le même parallélisme dans la conception kleinienne du fantasme (Segal [224], p. 6), comme « *expression mentale des pulsions* ». Dans une telle conception, tout est fantasme et rien n'est fantasme (c'est-à-dire un processus spécifique se distinguant de l'angoisse et de la défense). La réalité psychique, à l'aube de l'existence du moins, ne serait qu'un agrégat de fantasmes (alors

que, pour qu'il y ait fantasme, il faut qu'il y ait différenciation au moins partielle du Moi et de la réalité, comme le rappelle Glover).

Laplanche et Pontalis définissent le fantasme comme « un scénario imaginaire **où le sujet est présent** et qui figure de façon plus ou moins déformée par les processus défensifs, l'accomplissement d'un désir et, en dernier ressort, d'un désir inconscient » [152].

Le fantasme constitue un processus spécifique et une fonction du Moi, processus de représentation et de défense où se combinent les idéaux, les narcissismes, les pulsions, la réalité et le souvenir. Son degré d'élaboration, son siège, comme son degré d'intégration au Moi varient chez chaque enfant.

C'est un mode original de détour, d'attente, de liaison des pulsions élémentaires. Toujours lié au désir, il ne peut apparaître que dans un psychisme déjà différencié. Il réunit des instances ou des domaines qui, en dehors de lui, sont disjoints, exclusifs l'un de l'autre (réalité, imaginaire). C'est aussi un mode de relation très particulier à l'autre, à l'objet de la pulsion. Cet autre plus ou moins masqué est inclus dans une *scène*.

• **Origines du fantasme**

Tous les fantasmes trouveraient leur source dans la *Nuit Sexuelle* illustrée par P. Quignard (202) où règne le trio des **fantasmes originaires**, Ce sont en fait des structures, peut-être héréditaires et transgénérationnelles, qui organisent la vie fantasmatique. Comme leur nom l'indique, ils concernent tous l'origine [151]. Ces fantasmes sont la *scène primitive* (origine du sujet), la *séduction par un adulte* (origine de la sexualité), *la castration* (origine de la différence des sexes). Chaque fantasme serait une combinaison originale de ces trois fantasmes premiers.

Les psychosomaticiens de l'école de Paris, et en particulier M. Fain, se sont beaucoup intéressés à ce qui conditionne la vie fantasmatique et représentative. Cette vie représentative naît d'un équilibre complexe entre le perceptivo-moteur, le narcissisme primaire, le système pare-excitation, et l'auto-érotisme. Selon que la mère est calmante, berçante ou bien satisfaisante, elle mettra ou non en place chez l'enfant des censures suffisantes qui édifieront le bouclier pare-excitation et l'auto-érotisme, au prix d'une extinction relative de la perception et de la motricité [75].

• **Classification des fantasmes**

À partir des contenus, on distingue généralement sur le plan descriptif :

– les fantasmes archaïques de fusion, de dévoration et d'incorporation (du sein, du pénis et de l'enfant par voie orale ou anale), de morcellement, de parents combinés dans la scène primitive archaïque ;

– les fantasmes liés à la sexualité dans ses aspects prégénitaux : fécondation orale, naissance anale ;

– les fantasmes mixtes : mère phallique, retour au sein maternel (quatrième fantasme originaire pour certains) ;

– les fantasmes œdipiens (que Freud considère comme originaires) : castration, séduction par l'adulte, scène primitive. L'enfant invente aussi à cette

époque toute une série de scénarios dont le plus célèbre, dans la lignée masochique, a été décrypté par Freud : « un enfant est battu » (95). On pourrait considérer aussi que le roman familial est une construction fantasmatique de ce registre œdipien ;

– les fantasmes merveilleux, pour la plupart en rapport avec le narcissisme primaire (qu'ils alimentent ou dont ils procèdent) : naissance prodigieuse, auto-engendrement, nourrisson savant, héros invincibles.

Le lieu d'apparition permet de distinguer (Lebovici et Diatkine [160]) :

– *des fantasmes directs :*

• soit des *fantaisies conscientes* peu élaborées qui s'expriment dans le jeu, le dessin, le bavardage de l'enfant, son comportement. Ces fantaisies, si on les analyse, sont en fait beaucoup plus complexes qu'on ne croit. Elles sont d'abord toujours plus ou moins supportées par un fantasme inconscient qu'elles révèlent de façon souvent indirecte (il y a toujours remaniement). Ensuite, l'enfant n'en est jamais totalement dupe ; il adhère bien sûr à son jeu, mais n'y croit pas totalement. Il sait qu'il s'agit du domaine du « comme si » (et est capable même de l'exprimer). Le fantasme constitue à ce niveau un mode de régression topique beaucoup plus partiel que le rêve, mais qui a la même valeur fonctionnelle d'expression de désir, de régression narcissique négociée avec la censure. C'est déjà un compromis ;

• soit de *vrais fantasmes de désir* où il y a perte des limites conscient-inconscient, Ça-Moi-réalité, réalité-imaginaire (chez l'enfant psychotique ou prépsychotique). Mais il ne faut pas accorder trop de valeur diagnostique au fantasme « cru » de désir. En particulier, certaines situations, comme les tests projectifs, les induisent chez l'enfant normal qui les livre immédiatement, pour les oublier ou les intégrer dans un deuxième temps ;

– *des fantasmes inconscients* : ils peuvent être inconscients d'emblée (fantasmes originaires et désirs) ou secondairement. Ces derniers sont les souvenirs et les rêveries refoulées (Freud). Le travail du refoulement secondaire débutant assez tard, leur importance clinique est relativement faible ;

– *des fantasmes compromis* : ce sont ceux où apparaît le mieux la négociation entre instances (Ça-réalité-Surmoi ou Idéal du Moi). On peut les considérer à la fois comme l'aspect « représentatif » de l'angoisse du Moi et comme un mode de défense contre cette angoisse. Ce sont les fantasmes les plus élaborés, les plus complexes des organisations névrotiques.

Le lieu d'apparition du fantasme (conscient ou non) est lié à son mode de formation. Un fantasme de désir est en effet conscient, un fantasme défensif se devine derrière un compromis ou un symptôme qu'il faut décrypter, le fantasme refoulé est inconscient. Les fantasmes de désir (issus du Ça) sont relativement plus fréquents chez l'enfant que les fantasmes de défense, en raison du peu d'élaboration de ses systèmes de censure.

• Place du fantasme dans la vie psychique de l'enfant

Nous allons essayer de préciser le statut et la fonction du fantasme, en rappelant ses liens avec d'autres processus connexes.

Fantasme et agir

On peut considérer le fantasme comme un mode de fonctionnement qui tiendrait lieu d'acte, En fait, le désir inconscient chez l'enfant s'exprime le plus souvent par l'agir (de façon souvent très claire) ou par l'inhibition de l'action et de la motricité (chez certains enfants obsessionnels où la motricité est tellement investie de libido agressive et de fantasme de toute-puissance anale). Chez d'autres enfants, on observe une extrême plasticité et la possibilité de s'exprimer tantôt par le fantasme, tantôt par l'acte.

Fantasme et perception

S'il y a, au début, balancement et échange entre l'hallucinatoire (du côté duquel se situe le fantasme) et le perceptif brut (M. Fain [75]), le fantasme colorera et infléchira toujours la vision du réel.

Fantasme et narcissisme

Pour Freud, le fantasme défensif et quasi délirant des parents devant le nouveau-né, impuissant et désarmé *(hilflos)*, le dote de l'omnipotence «*his majesty the baby*» [89]. On pourrait y voir aussi un souvenir mythique, reconstruit. Ce fantasme constitue à la fois la meilleure «image» et la source du narcissisme primaire de l'enfant (narcissisme projeté, injecté). De multiples fantasmes expriment ce narcissisme (âge d'or, corps glorieux, couple merveilleux et éternel). En revanche, l'extinction du fantasme dans le corps matériel et (non plus son image narcissique) est illustrée par le sommeil sans rêve des affections psychosomatiques.

Fantasme et auto-érotisme

Ce lien se prolonge bien après les origines du fantasme tout au long de l'activité sexuelle infantile. La richesse des fantasmes masturbatoires exprime et alimente toute la psychosexualité et permet à la fois de différer et d'anticiper l'exercice d'une sexualité adulte.

Fantasme et souvenir

Le souvenir pur n'existerait pas et toute évocation de souvenir serait la synthèse d'une trace mnésique et d'un fantasme (Lebovici [160]). C'est le moment de rappeler le mécanisme de «l'après-coup» dans la genèse du traumatisme ou du souvenir d'enfance (comme chez «l'homme aux loups»). Par le fantasme s'opère une sorte de télescopage entre passé (souvenir, satisfaction ou frustration), présent (désir), avenir (situation rêvée) (Lebovici, p. 160), c'est-à-dire une sorte de négation du temps (et d'une psychogenèse linéaire!). On peut retrouver ce même rapport complexe du fantasme et du temps dans la notion de *souvenir-écran* : Ce souvenir est défensif (il cache quelque chose qui est de l'ordre du désir, du fantasme, du souvenir refoulés) mais constitue aussi la surface, l'écran sur lequel ce fantasme inconscient se projette même déguisé. Le fantasme opère donc un travail de condensation, de déguisement et de dévoilement du souvenir.

Fantasme et symptôme

Ils semblent avoir des modes de construction similaires, dans une dynamique mettant en jeu plusieurs instances. Si le fantasme, plus discret, fait rarement

l'objet d'une consultation, il n'en reste pas moins que l'explication de certains symptômes exigera l'analyse des fantasmes qui les sous-tendent.

Fantasme et vie onirique

Ce sont des constructions sophistiquées qui se déploient l'une et l'autre dans un champ topique différencié et complexe, avec leurs trajets et leurs censures. Si le rêve n'appartient qu'à la nuit, le fantasme n'appartient pas qu'au jour (car le rêve peut traduire des fantasmes). Rappelons aussi qu'au catalogue des *rêves typiques* répond celui des *fantasmes originaire*s (et ces deux catalogues ne sauraient être confondus sans dommage).

Fantasme et pensée

Ils se distinguent beaucoup moins que ne le voudraient nos idéaux de rationalité : les théories infantiles sont des constructions fantasmatiques et la pensée peinera toujours à se dégager du magique.

• **Clinique du fantasme**

– Dans les **psychoses infantiles**, on note l'absence d'une réelle dimension fantasmatique consciente, c'est-à-dire perçue et vécue comme appartenant à un imaginaire distinct du réel. C'est dans ce domaine que se vérifient les thèses kleiniennes du fantasme dénoncées plus haut. Il y a en effet une sorte «*d'équation symbolique*» entre réalité extérieure, fantasme et pulsion (c'est-à-dire un échec de la différenciation). De plus, dans cette réalité font retour le dénié et le forclos. Remarquons aussi sur un plan plus clinique que l'enfant psychotique «parle» trop clairement les fantasmes que ses parents ont injectés dans son Soi et son corps.
– Dans les **prépsychoses,** les fantasmes les plus variés et les plus riches apparaissent dans toute situation. Il y a échec à la fois du processus de défense et des processus d'intégration du fantasme. Ceci est d'autant plus net quand les enfants que l'on examine devraient être en phase de latence (Diatkine [67]).
– Dans les **organisations dépressives,** on trouverait sur le versant psychotique des fantasmes d'incorporation réciproques (*de* et *par* la mère archaïque), et sur le versant névrotique le fantasme de «*l'enfant mort*» proposé par Rosolato ((216)).
– Dans les **organisations psychosomatiques**, le fantasme est beaucoup moins absent chez l'enfant que chez l'adulte, mais il n'intervient que dans la mesure où la structure, en fait mixte, comporte une composante hystérique.
– Dans les **psychopathies et les structures caractérielles et de comportement** apparaît une confusion entre fantasme et agir; le second tenant lieu du premier hors du domaine mental.
– C'est seulement dans les **névroses de l'enfant** qu'apparaissent des *fantasmes compromis*. Ces fantasmes appartiennent aussi au vécu de tout enfant «normal» construisant sa «névrose infantile» quasi physiologique.

• **Conclusion : structure et fonction du fantasme**

Elle semble toujours bipolaire (Ça *versus* réalité, processus primaire *versus* processus secondaire). Le fantasme est à la fois expression et défense. Par lui se dévoile une dimension essentielle du psychisme infantile; la fonction

imaginaire dont Wildlocher a bien montré qu'elle était essentielle dans la constitution du Moi de l'enfant (identification moïque).

❒ La pensée

• La pensée, mode de représentation

L'achèvement de l'élaboration psychique se confond avec l'avènement du processus secondaire et des processus de pensée.

Des psychologues généticiens auxquels nous renvoyons le lecteur ont décrit ces processus de pensée de façon très précise. Rappelons comment Piaget décrit les différentes étapes. Après l'intelligence sensorimotrice (antérieure au langage et à la pensée, c'est-à-dire avant deux ans) apparaissent successivement la pensée préopératoire (avec sa logique des classes, le début du symbolisme) puis la pensée formelle hypothético-déductive. Rappelons aussi comment H. Wallon [249] montre l'émergence progressive à la pensée et l'activité symbolique à partir du syncrétisme de l'agir, de l'émotion et du corps (insistant sur la valeur de la marche, puis de la parole). Même si l'on peut penser que les stades décrits par eux constituent des structures rigides et sans osmose entre elles, placées dans une succession immuable, on ne peut qu'être frappé par l'importance qu'ils donnent au corps, à l'agir, à l'avènement du symbole, du langage (Piaget) et à l'émotion (H. Wallon).

Dans une perspective métapsychologique, la pensée serait la forme la plus élaborée de représentation mais n'en conserverait pas moins des liens étroits avec le fantasme.

• Son origine et sa structure

On peut envisager la pensée de trois manières différentes :

– La considérer comme un *équivalent mental de l'acte*, au même titre que le fantasme, mais dans un rapport plus éloigné avec le désir premier. Dans la sphère du désir épistémophilique elle équivaudrait à une expérimentation mentale.

– Dans la perspective extensive post-kleinienne propre à Bion étudier *les conditions de sa genèse* — qui se confondent d'ailleurs avec celle de toute espèce de représentation. Cette genèse comporte trois aspects :

  • existence d'un contenant (appareil à penser ou « pensoir ») pas nécessairement préalable : Bion affirme que c'est le contenu (les pensées) qui forme le contenant ;

  • ce contenu doit exercer une poussée dynamisante (sens moteur du mot pulsion). Il doit à la fois être liable et sécable dans un libre jeu pulsionnel d'Éros et de Thanatos ;

  • la pensée nécessite la rencontre d'un certain nombre d'éléments hétérogènes. Une pensée, pour Bion, est la rencontre d'une préconception (attente d'un objet) avec la frustration. Ces préconceptions ne seraient parmi les éléments alpha qu'une partie d'une chaîne allant de la préconception au concept par l'intermédiaire de la conception. Cette dernière se définit comme la rencontre d'une attente (ou préconception) et d'une réalisation (ou expérience) ; Cette théorie abstraite a pour intérêt de rappeler les

liens de la mentalisation avec l'absence de l'objet, l'hallucination positive et négative et l'expérience de satisfaction ou de manque ;

– Si on en revient à la stricte théorie de Freud, on rappellera les liens de la pensée avec le *jugement de négation.* Un tel rappel renvoie aussi à l'importance de la mise en place, chez l'enfant, du *non (troisième organisateur).* Ainsi l'absence de cet organisateur chez l'enfant allergique expliquerait l'infiltration subtile de sa pensée par l'hallucinatoire.

• **Sa fonction**

Elle joue un double rôle de régulation intrapsychique et d'adaptation au réel. Tournée vers le réel qu'elle constitue (dans l'épreuve de la réalité qui est le premier jugement), « elle véhicule le même sentiment de réalité que la perception ». Nous pourrions ajouter que chez l'enfant, cet éprouvé de réalité s'attache à toute une série de processus beaucoup plus archaïques comme le jeu et le fantasme.

Elle s'exerce toujours avec une prime de plaisir : « plaisir de fonctionnement ». Cette prime de plaisir et la sexualisation intense du processus de pensée déclenchent chez certains enfants les foudres du Surmoi et de graves inhibitions intellectuelles.

• **Étude clinique**

Il faut donc, pour faire un bilan des possibilités et des mécanismes de pensée chez un enfant :

– étudier le mode de pensée en fonction de l'âge (selon les critères de Piaget) ;

– étudier ses conditions, le mode prévalent de représentation qui la supporte (visuel, auditif, moteur) sous un aspect dynamique et économique ;

– repérer la sexualisation de cette pensée, son infiltration par des mécanismes primaires, sa valeur défensive contre l'angoisse, la souplesse de ses liens avec l'affect, le jeu qu'elle entretient avec le fantasme et la réalité. Il ne faut pas oublier pour autant qu'une « pensée pure » désinsérée et abstraite, est aussi pathologique qu'une pensée prisonnière, et que plusieurs modes de pensée différents peuvent normalement coexister ;

– chacun des éléments constitutifs de la pensée peut être atteint d'un trouble du développement ou marqué par un processus morbide.

Mentalisation et ses degrés d'organisation

Les psychosomaticiens de l'École de Paris, c'est-à-dire les psychanalystes qui étudient les rapports entre les défaillances de la vie psychique et les maladies somatiques qu'ils traitent, utilisent dans leurs investigations (et leurs grilles de classement) le concept de *degré de mentalisation.* Ils désignent ainsi la qualité et la solidité des ressources psychiques dont disposent leurs patients aussi bien enfants qu'adultes. Ainsi opposent-ils les névroses bien mentalisées à toutes celles qui sont peu mentalisées ou pas du tout. (le terme de « névrose » s'appliquant en fait à tous les patients).

Étendre l'emploi de la notion de mentalisation à toute la clinique permet de condenser en un seul terme les aspects structuraux et les aspects génétiques

mais surtout de rappeler que le fonctionnement psychique et celui du corps ne sont que les deux faces d'un tout unique. Une telle approche apparaît encore plus pertinente chez l'enfant dont nous avons vu qu'il se construisait sur des bases corporelles et instinctuelles.

On peut définir la mentalisation comme le processus par lequel ***Ça devient psychique***.

❐ L'élaboration mentale et sa fonction

Cette élaboration progressive a pour but :

– de *diminuer l'impact désorganisateur* des stimuli externes mais aussi internes (représentants pulsionnels) en les liant et les détournant par une méthode qui n'est plus seulement *économique,* mais qui constitue aussi une *opération de sens;*

– de *différer,* d'anticiper et même de remplacer *la satisfaction instinctuelle et pulsionnelle* ;

– de *maintenir la constance d'un objet pulsionnel* à travers ses absences et ses retours. Il peut ainsi le maîtriser en le figurant ailleurs, en l'internalisant, en le rendant figure signifiante (sur fond indifférent).

❐ Divers aspects ou domaines à explorer

L'appréciation du degré de mentalisation et de sa solidité passe d'abord par l'exploration de tous les aspects de la vie psychique : représentations, affects, fantasmes et pensée.

Beaucoup plus spécifique sera l'étude anamnestique et structurale des points suivants :

– les **organisateurs** en place ou défaillants :
  • la première rencontre avec un préobjet extérieur rassurant à capter au moment du *sourire au visage de face* (premier organisateur de Spitz),
  • la première mise en place de l'objet total, du Moi et des narcissismes au moment de la *peur de l'étranger* (deuxième organisateur),
  • *la capacité à dire non* (troisième organisateur),
  • la constitution définitive de l'objet autour du *carrefour ana*l. C'est alors que se négocient la haine et la séparation, sous la menace des diverses solutions dépressives ou psychotiques,
  • la *constellation œdipienne* qui met en jeu la castration et de nouveaux deuils,
  • l'entrée dans l'adolescence qui réactive les angoisses précoces tout autant que les enjeux œdipiens;

– tous les **points de fixations** (leur solidité ou leur rigidité);

– les **possibilités de régressions** mesurées et réversibles;

– le degré de différenciation du **système «veille-sommeil-rêve»**.

Cette étude dynamique et économique évaluera enfin l'équilibre entre cette mentalisation, l'agir et le corps.

Normal et pathologique chez l'enfant

Est-il possible et nécessaire de tracer une frontière précise entre le normal et le pathologique chez l'enfant? On ne peut même pas reprendre les deux réponses que donnent volontiers les cliniciens d'adulte. Ils affirment à la fois que la normalité ne se distingue pas d'une bonne névrose bien mentalisée et qu'une excellente adaptation et une réussite sociale cachent une névrose de caractère bien serrée. Ces réponses apparaissent d'autant plus insuffisantes et inappropriées que ces deux fonctionnements «réussis» de l'adulte ne sont pas encore mis en place chez l'enfant.

On repère bien sûr intuitivement certaines pathologies graves, mais d'autres fois on s'inquiète à tort devant les épisodes bruyants et destructeurs d'une crise sans lendemain de l'adolescence. De même, certains retards et certaines dysharmonies du développement ne prêtent pas à conséquence.

À l'inverse, on «sent» très vite qu'un enfant semble bien se porter pour le moment, tout en se laissant abuser par des normalités apparemment heureuses : certaines enfances lisses cachent trop bien un désordre latent et sont grosses de futurs orages.

Peut-on se contenter d'une définition *statistique et génétique* de la normalité comme «le niveau de fonctionnement le plus souvent atteint à un âge donné»? Toute définition qui ne serait pas structurale permet seulement des études épidémiologiques.

Dans une perspective *prédictive,* peut-on dire que cette normalité serait le type de fonctionnement qui ferait courir au futur adulte un risque minimum de tomber malade? Le pathologique serait alors ce qui pèsera lourdement sur l'avenir. Mais la clinique nous montre tous les jours l'absence de continuité, même rétrospective entre les pathologies.

La clinique infantile doit tenter de se doter de ses propres critères structuraux de normalité, tout en montrant les liens et l'articulation de celle-ci avec le pathologique.

Certaines théories incluent des fonctionnements hautement pathologiques dans leur vision du développement et les présentent comme un préalable nécessaire aux étapes ultérieures. Ainsi, M. Klein affirme la constance d'une position schizoparanoïde, tout comme M. Mahler, F. Tustin et D. Marcelli celle d'une phase autistique normale. On sait par ailleurs que la phobie primaire organise l'objet et le Moi. L'accès au développement cognitif et aux apprentissages scolaires serait conditionné par le passage d'une hystérophobie à une obsessionalisation heureuse (dans laquelle la pensée est désexualisée, à l'inverse d'une véritable névrose obsessionnelle). Ces fonctionnements «pathologiques» surgissant durant le développement ne sont pas de véritables maladies fixées et invalidantes mais des crises maturatives, des «rites de passage».

Accepter provisoirement de tels points de vue ne dispense pas de maintenir une coupure épistémologique entre normal et pathologique. Savoir où la situer exactement a moins d'intérêt que de montrer comment normal et pathologique s'éclairent mutuellement en s'opposant.

Si Freud a beaucoup insisté sur ce que la pathologie nous apprenait du fonctionnement de tout un chacun, Winnicot a de son côté montré que l'étude de certaines variations minimes du normal éclairait la pathologie [255].

DIVERSES ORGANISATIONS

Introduction : structures et organisations pathologiques

L'enfant, être inachevé, encore en devenir, peut se développer de façon plus ou moins continue et harmonieuse. Il peut tomber malade ou aller bien apparemment (tout en préparant une future maladie de l'adolescence ou de l'âge adulte). Repérer et classer les pathologies infantiles, différencier les structures sous-jacentes et rechercher les étiologies s'avèrent donc une tâche beaucoup plus difficile que chez l'adulte — dont le développement est en principe achevé.

En clinique infantile, il faut aussi distinguer soigneusement les pathologies déclarées et les structures (différenciées ou non) qui les sous-tendent. Mais rares sont les structures complètement organisées dès l'enfance : cela supposerait que le deuxième temps qui les achève interviendrait avant l'âge adulte — ce qui est très rare (à moins d'un télescopage des deux temps). Aussi faut-il supposer l'existence de *préstructures* capables elles aussi de se décompenser sur un mode spécifique : c'est dire l'originalité irréductible des pathologies infantiles.

L'étude de la mentalisation chez l'enfant nous a permis de préciser quels sont les principaux moments organisateurs où peut apparaître un fonctionnement pathologique ou se préparer une fracture : à chacun de ces temps critiques succède une latence plus ou moins élaboratrice. C'est en effet souvent dans ces temps de latence, pas si muets, qu'éclatent des décompensations qui montrent bien la fragilité de cette latence.

Ces pathologies s'inscrivent le plus souvent dans une évolution temporelle qui permet de les décrire comme des *processus d'organisation ou de désorganisation*. Cette notion de **processus** est essentielle pour la description et la compréhension de tout ce qui naît, se transforme et se fixe au cours d'une histoire.

Mais la clinique infantile nous présente aussi des *pathologies non processuelles* qui échappent à l'histoire.

Nous utiliserons donc deux critères de classement : l'existence (ou l'absence) d'un processus et le niveau de développement. Cela nous permettra de distinguer :

– **Des troubles purs du développement** et de l'organisation :
  - des *fonctionnements flous et si peu élaborés* qu'il faudrait se garder de classer trop facilement parmi les états limites mais considérer plutôt comme des *inorganisations* (en attente des conditions qui leur permettraient de se structurer),
  - *débilités* telles que les décrivent les auteurs classiques,

- troubles instrumentaux purs (s'ils existent…),
- *les autismes* dans la conception des cognitivistes et des comportementalistes.

– Des **états** apparemment bien structurés, qui sont donnés d'emblée tels qu'ils nous apparaissent, et ***qui ne sont pas le résultat d'un processus repérable***. Si certains ne comportent aucun moment de déclenchement repérable, d'autres évoquent la *névrose actuelle de l'adulte* (avec sa fixité répétitive). À ce domaine appartiendraient les autismes primaires (selon l'hypothèse que nous proposerons plus loin), mais aussi les fonctionnements addictifs et l'anorexie mentale de la préadolescence.

– D'autres **états** si bien structurés et stables qu'on pourrait les considérer comme des ***organisations processuelles*** originales; à cette catégorie appartiendraient les déficits selon certains auteurs modernes.

– Des **organisations processuelles incomplètes** ou cliniquement muettes : seul le premier temps du processus a préparé une éventuelle pathologie future de l'adulte ou organisé une prénévrose de l'enfant.

– Des **pathologies processuelles apparemment complètes** et différenciées : c'est le large éventail des psychoses et des états limites. Chacune de ces pathologies peut d'autant moins être confondue avec une pathologie voisine qu'elle a un mode d'apparition et d'évolution qui lui est propre — et qu'il n'existe pas de formes de passage; une psychose infantile avérée ne deviendra jamais une véritable névrose ou un état limite. La seule exception apparaît dans le risque d'évolution de quelques états limites vers une psychose.

Organisations et états déficitaires

Deux conceptions opposées du déficit s'affrontent actuellement. Pour l'une, le déficit est un *état de manque* plus ou moins fixé qui succède à une lésion le plus souvent repérable. Pour l'autre, il s'agit d'une véritable *organisation mise en place par un processus* complexe. Le manque et la lésion ne seraient qu'un des facteurs pouvant déclencher ce processus. Une étude clinique de l'enfant débile fera le lien entre ces deux théories.

États déficitaires selon la conception lésionnelle classique

On regroupe sous ce nom toute une série d'affections liées à un manque, une absence, une lésion au niveau de l'équipement et du corps. Peu importe que ce manque soit apparu dès les premiers jours (affections héréditaires, accidents néonataux) ou bien plus tard. Peu importe qu'ils affectent la totalité de la personne ou seulement certaines fonctions et secteurs (intelligence, praxis, langage). Peu importe que le manque soit masqué par des remaniements et des superstructures secondaires ou révélé par des phénomènes aigus, critiques (épilepsie).

La reprise dans un système relationnel, la transposition dans le registre de l'affect et du fantasme sont alors considérées comme des phénomènes contingents, des troubles associés.

• **Variétés de débilités**

On les classe sur une échelle linéaire (intelligence verbale ou capacité de performance) :

– Le groupe hétérogène des *débilités légères* : retards scolaires, déficits instrumentaux, problèmes relationnels (Garrone).

– La *débilité moyenne* beaucoup plus spécifique et homogène sur le plan clinique (malgré le flou de ses frontières avec la débilité profonde).

– La *débilité profonde* et *l'arriération profonde* constituent deux groupes très riches sur le plan clinique (richesse que l'apparente uniformité des Q.I. ne peut refléter).

• **En conclusion**

La conception classique des états déficitaires entraîne quatre conséquences :

– l'éventuelle structure déficitaire ne peut être décrite que de façon purement phénoménologique ;

– la place centrale est occupée par la débilité harmonique où prédomine le retard intellectuel. Toutes les autres formes (débilité évolutive, débilité dysharmonique) ne sont que des complications ;

– l'étiologie, même si elle est conçue de façon « multifactorielle » est en fait toujours univoque : la cause est le plus souvent organique, quelquefois socioculturelle ;

– la thérapeutique est d'ordre uniquement pédagogique ou rééducatif par des actions ponctuelles sur le manque (orthophonie, rééducation psychomotrice, rééducation scolaire). On y adjoindra quelquefois une psychothérapie « pour les troubles affectifs associés ».

Étude clinique de l'enfant débile

• Telle qu'on la connaissait depuis longtemps, la personnalité de l'enfant débile présente des traits paradoxaux et contradictoires qui auraient dû amener à se le représenter tout autrement que sous l'aspect exclusif du manque :

– *Son intégration dans le temps est* plus précaire que son intégration dans l'espace. L'acquisition du temps officiel, social (être capable de donner son âge, de dater un événement de sa vie) n'est généralement possible que pour les débiles moyens. Mais cette intégration du temps a surtout pour intérêt de permettre au débile d'accéder au statut de sujet ayant une histoire personnelle dans laquelle il se repère.

– *Langage, pensée et expression :* la pensée magique et la mythomanie constituent un mode de possession du monde et de dénégation du manque par l'affirmation de la toute-puissance. Le non-accès à la pensée abstraite et conceptuelle signe un niveau médiocre de mentalisation (opérant sur le mode de la *représentation-affect).* Le registre symbolique apparaît difficilement accessible, aussi bien dans le maniement des objets et de l'argent que dans l'utilisation du langage et la construction du jeu.

– *Agir, reproduction et créativité.* L'enfant débile apparaît tantôt comme très « plastique », influençable, dépendant, tantôt comme entêté, soumis à la

compulsion de répétition. Il semble osciller entre passivité et impulsion sans trouver une position d'équilibre. Ces oscillations montrent bien ses difficultés d'individuation : ou bien il est l'objet de l'autre, ou bien il fonctionne de façon automatique, auto-érotique. La négociation de ses affects (avec lui-même et avec l'autre) s'avère donc particulièrement difficile et utiliser trop souvent le passage à l'acte (sans qu'on puisse parler d'organisation psychopathique).

Le *déficit* comme tout «équipement» a un *sens* pour l'enfant et pour sa famille (et ce sens influera sur l'évolution de l'enfant, sur ses possibilités de réadaptation). L'enfant oscille entre méconnaissance, déni, fabulation et attitude de prestance. Au niveau de la famille, tout est possible : déni du déficit — culpabilité — accusations très projectives à l'égard de l'école, des médecins, de la société — comportement hyperactif et militant dans des associations de parents (sur un mode hypomaniaque ou persécutoire). Ces comportements parentaux instrumentalisent un enfant complice auquel ils interdisent toute émergence pulsionnelle. Il reste ainsi à jamais un objet manipulé, un bébé désarmé que l'on nourrira toujours et qui n'aura jamais de pulsion génitale ou de désir d'autonomie : «Ce n'est pas interdit, mais c'est impossible», lui dit-on.

• Toute une série d'études cliniques et psychopathologiques entreprises depuis une quarantaine d'années dans des institutions, dans des classes de perfectionnement ou des centres médico-pédagogiques, ont montré que les organisations déficitaires étaient beaucoup plus complexes que l'on ne croyait et pratiquement toujours intriquées avec d'autres organisations (psychotiques ou névrotiques). Rappelons en les conclusions :

– Dans les milieux scolaires, l'étude longitudinale de «l'enfant de six ans et son avenir» (C. Chiland [49]) montrent le polymorphisme clinique extrême sur le plan de la structure de départ et de l'évolution de **tous les enfants**, qu'ils soient soignés ou non, qu'ils présentent un retard scolaire ou non.

– Les enquêtes faites à un moment donné dans les classes de perfectionnement et les institutions, lieux réputés électifs de scolarisation (ou de prise en charge) des débiles, montrent que la plupart des enfants qui s'y trouvent sont dysharmoniques et présentent des troubles de la personnalité. Leur structure originale ne se réduit pas à un chiffre de Q.I.

– Le dépistage de troubles instrumentaux réputés simples comme la dyslexie, la dysorthographie, les troubles psychomoteurs, et leur rééducation ponctuelle amènent souvent à des échecs qui mettent en cause la notion même de troubles instrumentaux isolés.

– L'anamnèse fine de certaines débilités réputées simples et harmoniques au moment de leur dépistage (à l'âge scolaire) montre la rareté relative d'une étiologie organique significative et l'existence quasi constante de troubles précoces de la personnalité et de la relation.

La notion même de *débilité* simple semble totalement remise en cause. Ce que l'on considérait auparavant comme des *complications* semble en fait inhérent à une hypothétique structure déficitaire.

– Le démembrement de certaines encéphalopathies épileptiques conduisant classiquement à la démence (R. Misès) permet d'isoler des formes démentielles, des psychoses d'expression déficitaire et des dysharmonies évolutives

difficiles à situer. Leur évolution présente des moments « féconds » et des phases de rupture (nullement explicables par le développement de l'encéphalopathie) et aboutit à un tableau final à la fois cicatriciel et dysharmonique.

– L'isolement de psychoses à expression déficitaire (R. Misès), d'arriérations psychoses (Lang).

– La structuration progressive sur un mode déficitaire, des psychoses ou des dysharmonies de sujets intelligents, même après un long traitement psychothérapique et institutionnel (qui a beaucoup amélioré leur psychose). Le caractère inéluctable et souvent irréductible de ce déficit cicatriciel déçoit et désespère souvent les soignants.

Réévaluations modernes du concept de déficit

Toutes ces recherches cliniques ont donc amené à considérer le déficit comme une structuration originale et le point d'aboutissement d'un *processus psychique* (à la fois défensif et réorganisateur). Ce processus actif sur plusieurs fronts permettrait d'échapper à *l'attraction* d'une ou plusieurs lignées (psychose-névrose-dépression).

Ainsi, on a tenté d'appliquer au déficit les recherches psychanalytiques sur les altérations des processus cognitifs liés aux atteintes de l'appareil « à penser les pensées » (Bion et Green). Dans l'état actuel des recherches, il semble que la « structuration déficitaire » se joue entre deux niveaux, celui de la maîtrise du noyau psychotique et celui de l'organisation de zones conflictuelles de niveau œdipien génital. Cette structuration débouche à la fois sur le colmatage de la dimension psychotique et sur l'échec de la conflictualisation névrotique dans sa fonction intégrative (R. Misès).

Le colmatage de *la menace de psychose* s'opère par l'abrasement pulsionnel, le renforcement du contrôle et le recours à l'objet externe contre le danger interne. Dans *l'évitement* du registre névrotique, on assiste à l'échec de l'élaboration des conflits œdipiens (en raison de l'attraction des mécanismes les plus primaires). En effet l'inhibition intellectuelle n'est pas due, malgré les apparences, à un refoulement secondaire. On sait que l'inhibition névrotique n'ampute jamais l'instrument sur lequel elle pèse, même si elle paralyse son fonctionnement. Il en va tout autrement pour la psychose (même dans ses aspects pseudo-névrotiques) qui ampute les instruments de connaissance et d'activité dans leur essence même. Le fonctionnement des processus secondaires est altéré ; ils perdent leur plasticité, le contrôle pseudo-anal est prévalent. On assiste à une adaptation pathologique, dans la mesure où le Moi, focalisé par un seul objet, se coupe de ses sources instinctuelles (R. Misès [191]). La *lutte contre la dépression* conduirait dans un champ apparemment proche des états limites mais beaucoup plus stable. La résultante de cette lutte sur plusieurs fronts serait une position d'équilibre apparemment définitive.

Si l'on se refuse à adhérer à cette théorie d'une structure déficitaire processuelle on n'en doit pas moins se représenter la débilité comme un ensemble hétérogène *d'organisations et d'états à expression déficitaire prévalente.*

Organisations et états limites

On ne peut les définir uniquement comme le champ hétérogène qui se situe entre psychose et névrose car elles comportent une unité structurale assez définie qui ne se résume pas en un trouble narcissique, même si celui-ci est toujours présent.

Leur unité structurale

Elle tient à la conjonction de quatre séries de manques ou de distorsions. Les deux premières touchent à la contenance et à l'étayage et marquent le narcissisme et la constitution de l'objet. Les autres ont trait à l'élaboration de la position dépressive et aux conditions du développement cognitif (Misès *in* [163] p. 1347-1362). Toutes sont marquées du sceau de la dépendance et de l'anaclitisme.

– ***Les défauts de contenance*** renvoient à un trouble des interactions précoces dans lequel le bouclier pare-excitation est défaillant : nous en verrons le détail à propos des troubles psychosomatiques précoces.

– ***Les défauts d'étayage*** comprennent toutes les défaillances et les discontinuités graves et premières de l'environnement, auxquelles le nourrisson est parvenu à s'adapter tant bien que mal. S'il a pu échapper à l'éclatement psychotique, il ne pourra se développer que de façon dysharmonique.

– ***Les défauts du narcissisme primaire*** aussi bien que secondaire combinent carence et distorsions défensives. Les manques primaires peuvent occuper la première place ou se dissimuler derrière une défaillance du narcissisme secondaire. Soumis à la tyrannie d'un Moi idéal et condamné à l'omnipotence, l'état limite tentera toujours en vain d'échapper aux illusions spéculaires et parviendra difficilement à s'aimer suffisamment. Son Moi, partiellement clivé et oblitéré par le faux *self,* manque des supports nécessaires pour surmonter la honte et prendre du plaisir à explorer la réalité extérieure.

– ***L'absence de phénomènes transitionnels*** empêche l'ajustement de la distance avec l'objet : il ne peut être que soumis, dangereux ou lointain.

– ***La mauvaise élaboration de la position dépressive :*** ce n'est pas la première phase précoce où se constitue l'objet qui est ici en cause mais sa réactivation ultérieure au moment des menaces de perte d'objet qui se profilent à travers les angoisses de séparation et l'apprentissage de la propreté. La vulnérabilité des deux partenaires de la dyade met en cause cette position et les fait régresser vers une dédifférenciation relative, la répression pulsionnelle et la reprise de l'activité projective. Le lien avec l'objet total n'est pas perdu, mais reste marqué du sceau d'une ambivalence mal intégrée, quelquefois même d'une méfiance sourde.

– ***Les troubles instrumentaux et cognitifs*** apparaissent multiples et surdéterminés. Déjà marquée par l'échec du transitionnel et la difficulté à intégrer l'absence, la pensée naissante s'englue dans un discours vide et contradictoire. Aucun *jugement de négation* ne peut la fonder. Tout l'ensemble des troubles instrumentaux et cognitifs procède des mêmes mécanismes auxquels s'ajoute l'impossibilité d'intégrer les féconds mouvements agressifs (Gibello [107]). De plus, ils sont renforcés par les attitudes inadaptées de l'environne-

ment familial et pédagogique ; se focalisant sur un trouble ponctuel, il exerce contraintes et rééducations et s'enferme avec l'enfant dans une interaction stérile et répétitive dont les effets ne peuvent que s'étendre sur l'ensemble des apprentissages.

Divers aménagements

❒ Organisations et syndromes psychosomatiques

Ces diverses organisations traduisent, expriment et modulent au niveau du corps de l'enfant, certains retards ou certaines déviations de la mentalisation et préfigurent un mode ultérieur particulier de fonctionnement narcissique.

- **Troubles psychosomatiques précoces**

Mis en évidence d'abord par Spitz [229], ils succèdent tous à des perturbations même passagères des premières interactions. Mais cette genèse est théorisée de façon très différente selon les auteurs :

– *Spitz* insiste sur les carences qualitatives qu'entraîneraient les attitudes maternelles et affirme les équivalences suivantes : La *sollicitude primaire excessive* entraîne la colique des trois premiers mois. *L'hostilité déguisée en anxiété* entraîne l'eczéma infantile (après six mois). *Les oscillations entre la cajolerie et l'hostilité* provoquent le balancement. *L'humeur cyclique* entraîne les jeux fécaux. *L'hostilité compensée* entraîne l'hyperthymie agressive qui sort du cadre psychosomatique (car plus tardive et plus proche de la psychopathie).

– L. *Kreisler* isole deux lignées de troubles précoces : une lignée carentielle et une lignée de surcharge, souvent intriquées. La première serait la conséquence du *comportement vide* et des *inorganisations structurales*. Elle ne comporterait que des troubles structuraux graves comme l'insomnie précoce et irréductible, les anorexies primaires, le mérycisme. En revanche, les pathologies de surcharge (ou de surstimulation) apparaissent réactionnelles dans un premier temps, comme la colique du troisième mois, l'insomnie ou l'anorexie communes et le spasme du sanglot. Au lieu d'être atone ou agité de façon incoercible, le nourrisson s'installe dans une lutte et un conflit curables.

– Par ailleurs, Kreisler propose une méthode d'évaluation et une classification de ces troubles selon quatre axes : un *axe clinique* (troubles du développement, du comportement et du fonctionnement corporel), un *axe structural* (interactions, fonctionnement mental, stade d'apparition), un *axe étiologique* (organique et environnemental), un *axe d'évaluation de la gravité et du risque* (143-144-145).

– M. *Fain* tire tout le parti possible de la théorie des organisateurs de Spitz en l'articulant avec ses conceptions des sources maternelles du narcissisme primitif et de la mentalisation. Il isole trois lignées ([146], p. 497) en fonction de l'attitude de la mère :

  - première lignée : *mère insuffisante* dans la constitution du bouclier pare-excitation, d'où insomnie, recherche de calmants physiques (bercement) ou médicamenteux. Elle conduirait au spasme du sanglot et plus tard à la

vie opératoire et au *surinvestissement du factuel* (de façon réversible chez l'enfant, grâce à ses possibilités de libidinalisation) ;

• deuxième lignée : *mère hyper-refoulante* (ramenant son enfant à l'état fœtal) d'où dénégation de la réalité par réalisation hallucinatoire du désir (en présence physique d'un objet interchangeable). Ce serait la seule qui conduirait à la *relation allergique* type ;

• troisième lignée : *refus de régression* lors de l'alimentation d'où anorexie – développement psychomoteur exagéré d'où mise à distance de l'objet et importance de l'espace.

C'est à partir de ces analyses que nous allons étudier les différentes somatisations du nourrisson :

– *La colique des trois premiers mois.* Son absence dans les pouponnières et inversement son aggravation par l'adoption de tétées à la demande montre bien qu'il s'agit d'un trouble lié à la présence d'une mère anxieuse et trop comblante. Cette colique est calmée par l'emploi de la sucette (auto-érotisme) ou le bercement de l'enfant (hétérostimulation narcissique). Sa disparition à l'âge de trois mois coïncide avec l'émergence du premier organisateur : le sourire qui annonce la possibilité de liaison ou de décharges sur le plan mental. M. Fain précise les relations de ce trouble avec les avatars du narcissisme primaire ; les mères très pauvres sur le plan mental injecteraient directement à leur enfant une angoisse peu mentalisée, et par là désintégrante.

– *L'insomnie du premier semestre* serait liée, comme la colique, à un défaut de constitution du narcissisme primaire. Ce défaut plus radical et plus ancien serait un point de fixation qui empêcherait la « libidinalisation » du sommeil et la « réalisation hallucinatoire du désir », (tant sur un mode de satisfaction narcissique général que sur un mode de satisfaction auto-érotique). Dans le cas de *l'insomnie précoce,* les possibilités de décharge auto-érotique restant insatisfaisantes, seul un apport narcissique continu et extérieur par le bercement sans fin peut calmer le trouble (ce bercement mécanique définit un certain type de mère : la mère berçante que Fain oppose à la mère réellement satisfaisante qui peut être plus souvent physiquement absente).

– *L'anorexie simple* au moment du sevrage aurait un rapport direct avec le deuxième organisateur (peur de l'étranger). La nourriture serait condensée avec le *visage de l'étranger* et comme lui, attaquée et littéralement rejetée.

– *L'anorexie complexe et durable,* où l'on retrouve la même attitude projective mais plus globale : refus massif d'introjecter, d'incorporer la mère destructrice confondue avec la nourriture. Cette anorexie comporte plusieurs issues : perverse, caractérielle (dans une longue lutte mère-enfant pour la maîtrise) et même quasi-psychotique. Dans cette évolution, *l'instinct de mort* semble émerger.

– *Le mérycisme* entre six et huit mois : rumination auto-érotique incessante d'une partie du contenu stomacal avec attitude autistique. Ce serait un *acting* quasi pervers sans mentalisation avec clivage de la pulsion. Au cours de son déroulement, le *sensorium* est désinvesti au profit de l'intérieur du corps. Certains le considèrent comme la première figure du « jeu de la bobine » avec maîtrise orale et musculaire d'un objet partiel. Il s'agit d'une régression où éclate le premier point organisateur de Spitz, face à une mère « fruste », projective et répressive.

On voit bien là encore comment certains auto-érotismes mortifères surviennent à la suite d'une carence d'apport maternel au narcissisme primitif. Ils constituent un système pare-excitation autonome, non lié à la mère.

– *L'asthme du nourrisson* peut être compris comme le « négatif » du mérycisme. La mère qui entre en conflit avec d'autres substituts maternels, nourrice, grand-mère, père, impose à son bébé une pseudo-triangulation précoce qu'il ne peut élaborer, elle surinvestit son enfant et désire inconsciemment le ramener à l'état fœtal. Elle contre-investit donc, chez lui, toute manifestation pulsionnelle (refoulement primaire exagéré). Ce surinvestissement maternel augmente la « fonction pare-excitation » et bloque l'auto-érotisme par lequel l'enfant pourrait fonctionner en dehors d'elle. Cet auto-érotisme défaillant ne peut être lié aux représentations de l'objet elles aussi défaillantes, par impossibilité d'élaborer l'absence d'un objet jamais absent dans la *réalisation hallucinatoire du désir.* Ceci distingue nettement l'asthme précoce de celui de l'enfant plus âgé ou de l'adulte où ce mécanisme est prévalent. On comprend mieux alors un fait clinique constant, le sourire perpétuel, l'absence apparente d'angoisse. Il y a fixation au premier organisateur et échec du second. L'absence d'angoisse devant l'étranger et l'échec de constitution d'une phobie primaire ne permet qu'une pseudo-triangulation précoce, s'effectuant avec d'autres figures maternelles. La crise équivaudrait donc alors à l'impact somatique non élaboré et non élaborable sur le plan mental (ou moteur) de l'irruption de l'étranger (et de la menace d'une désunion entre narcissisme et érotisme).

– *Le spasme du sanglot* survient le plus souvent chez des garçons de plus de 18 mois qui présentent une syncope après une contrariété. Ce drame angoissant se joue devant le groupe familial. On peut opposer point par point deux variétés : la *forme bleue asphyxique* qui succède à une longue colère (virile, elle apparaît comme un simulacre précoce du coït) et *la forme blanche* qui survient brutalement et s'emploie, dans le registre féminin, à simuler la mort de l'enfant.

• **Troubles psychosomatiques après 30 mois**

Ils marquent un « enfouissement » beaucoup plus net dans le corps et sont par là beaucoup plus proches de la clinique psychosomatique de l'adulte. Ils peuvent atteindre les grandes fonctions.

Fonction respiratoire dans l'asthme : celui-ci apparaît sur un sujet allergique (condition nécessaire mais non suffisante) ayant établi avec une mère anxieuse et hyperprotectrice une relation de dépendance très ambivalente (M. Sperling). La crise elle-même est à la fois un appel, un cri, l'inhibition de ce *cri-pleur* (Bostock) et un essai d'individuation toujours voué à l'échec. Entre les crises, on retrouve entre les deux partenaires une relation d'interdépendance ambivalente qui se situe à plusieurs niveaux :

– échange de projections avec décharge sur l'autre de sa propre angoisse et du contenu agressif dénié ;

– affirmation de la dépendance, mise en esclavage de l'autre et revendication de l'indépendance ;

– constitution d'un couple sadomasochique avec ses perpétuels retournements de rôle et une distribution équitable de bénéfices aussi bien érotiques que narcissiques ;

– deux traits cliniques fréquents s'opposent apparemment à ceux qui sont décrits plus haut chez le nourrisson : l'intellectualisation défensive et agressive ainsi que la méfiance devant l'étranger (on peut les comprendre comme d'éventuelles formations réactionnelles) ;

– la névrotisation apparente de l'asthme est fréquente quoique labile et fragile. L'angoisse phallique s'exprime ou bien directement, ou à travers des symptômes hystérophobiques et des rituels obsessionnels (du coucher, de la nourriture, séparation des bons et mauvais lieux, des bonnes et mauvaises nourritures). Le rapport avec l'oralité archaïque est évident (ne serait-ce que dans l'agressivité et la dépendance quasi toxicomaniaque aux corticoïdes et aux bronchodilatateurs).

Comment comprendre un tel polymorphisme clinique ? En fait on retrouve déjà chez l'enfant un type bien particulier de « caractère », *la relation d'objet allergique* (P. Marty). À l'impossibilité d'aborder l'Œdipe s'ajoutent l'abolition de toute distance et le rejet de tout conflit dans un jeu quasi onirique du *Moi-plaisir.* La crise surviendrait (tout comme les manifestations hystériques) quand l'allergique débordé se trouve dans une situation triangulaire face à deux objets qu'il ne peut confondre. Mais l'enfant oscille beaucoup plus facilement que l'adulte entre les crises et le symptôme névrotique car le type central de relation allergique n'est pas encore fixé.

Fonction digestive dans l'ulcère gastroduodénal et la rectocolite hémorragique : l'ulcus semble avoir chez l'enfant la même valeur que chez l'adulte d'un mode d'expression d'une agressivité « ravalée » face à une mère surprotectrice qui ne supporterait pas la verbalisation ou toute expression de cette agressivité. Il survient chez une personnalité par ailleurs hyperactive, hypertonique sur le plan moteur, mais passive et timide et présentant souvent une phobie scolaire. C'est certainement, avec l'asthme, l'affection la plus intégrée dans un pattern familial spécifique.

Quant à la rectocolite hémorragique, elle marque sans doute l'enfouissement somatique le plus profond, le plus mystérieux et le plus dangereux aussi (celui où l'agressivité enfouie peut être mortelle). Elle semble constituer, comme chez l'adulte, un équivalent de la mélancolie.

Fonctions sphinctériennes, énurésie, encoprésie : il s'agit de symptômes fréquemment associés qui peuvent revêtir une multiplicité de sens :

– plaisir primaire de fonctionnement de la première phase anale ou urétrale (par débordement secondaire d'une rétention serrée) ;

– relation érotisée avec les parents sur le mode du masochisme érogène ou moral ;

– affirmation du plaisir phallique chez le garçon énurétique ou revendication chez la fille. Kanner a bien noté la différence entre le garçon agité et hyperactif et la fille douce, passive et opposante ;

– équivalent masturbatoire dans des rêves où se trouvent figurés une scène primitive génitale (ou anale) et des fantasmes de castration, de séduction par l'adulte.

L'encoprésie elle-même (symptôme plus rare et plus archaïque) est liée nettement à l'éducation sphinctérienne (précocité du dressage) et à l'attitude profonde des deux parents envers l'analité. Fain distingue [146] divers portraits d'encoprétiques : l'érotique anal, le clochard, le délinquant, le pervers.

C'est à cette dernière catégorie que semble appartenir le *mégacôlon fonctionnel,* étudié par Soulé. Ces enfants, en raison de leur angoisse de perdre l'objet anal, élaborent un mécanisme pervers de récupération (défécation à l'envers, en sens inverse du péristaltisme, du rectum vers le sigmoïde après blocage anal). Ce fonctionnement est intensément érotisé dans un jeu autoérotique incessant et une maîtrise joyeuse de soi et de l'objet ([146], p. 274). On peut y voir le négatif de la névrose obsessionnelle.

Vision et motricité tout entière : elles semblent contre-investies de façon spécifique dans le strabisme, si souvent utilisé par l'enfant hyperkinétique dans sa lutte contre des parents anxieux réprimant ses mouvements. Certaines myopies évolutives ont certainement une fonction relationnelle (mise à distance, estompage de l'objet comme des limites du corps propre, recherche du détail).

La pensée : elle est inhibée, vécue comme dangereuse chez les enfants *céphalalgiques* (dont les troubles, qui débutent à 6-8 ans, sont un mode d'enfouissement, de néantisation d'une angoisse phobique).

Le mode relationnel des enfants *migraineux* semble combiner la sexualisation de la pensée et de la vision sur un mode phobique avec le surinvestissement du système digestif et moteur, c'est dire sa complexité, son statut de frontière (P. Greenacre [117]).

Le schéma corporel : il paraît mal investi et le conflit oral très net chez l'enfant obèse ou chez celui qui présente des désordres endocriniens ou nutritionnels (un degré de plus est atteint chez l'enfant diabétique, dont les comas souvent gravissimes ne s'expliquent jamais uniquement par des difficultés à trouver la dose d'insuline, et qui vit sous l'ombre de la mort).

• **Spécificité des organisations psychosomatiques chez l'enfant**

Le très jeune enfant n'a au début que le corps pour s'exprimer, et le développement ultérieur du psychisme, la mentalisation est d'abord une *désomatisation.* L'affection psychosomatique chez l'enfant est une somatisation ou une resomatisation (Schur). Même après la constitution du Moi, l'expression somatique est toujours employée par l'enfant plus âgé. Les parents tolèrent, sollicitent même quelquefois ce mode d'expression qui a *toujours un sens* dans leur relation avec l'enfant. Le corps semble utilisé comme le lieu où se projettent, se combinent et se négocient les fantasmes des parents et des enfants, à un niveau antérieur à la représentation et à la symbolisation. Le choix, même tardif, du corps comme expression semble déterminé par plusieurs facteurs : caractère contradictoire ou régressif des signaux parentaux, mode de fonctionnement narcissique de l'enfant. En revanche, le choix de tel ou tel organe, de telle ou telle fonction semble lié à des facteurs purement économiques (sans intervention du sens comme dans l'hystérie). L'enfant choisira le secteur qui à ce moment donné sera *sous ou surstimulé* par l'autre ou par soi. Il s'efforce de remplacer, de prolonger ou d'abolir l'excitation non encore libidinalisée : l'organe malade a

une fonction auto-érotique primaire, positive ou négative. Ce processus économique de resomatisation d'un secteur est un processus régressif profond et limité qui ne restaure pas le narcissisme secondaire. Il n'opère pas un réinvestissement de libido narcissique sur le corps entier : plus qu'un retrait de l'amibe, c'est la constitution d'une *fonction autonome,* opératoire (M. Fain).

Certaines organisations psychosomatiques comportent aussi des troubles du comportement, ce qui nous rappelle que corps et acte sont des modes apparentés d'expression des blessures du narcissisme.

• **Avenir des organisations psychosomatiques de l'enfant**

Les organisations psychosomatiques de l'enfant sont en fait très différentes de celles de l'adulte :

– on y retrouve rarement les signes pathognomoniques mis en avant par les psychosomaticiens adultes :

  • par exemple, la *mimique de fantasme* et l'accrochage sensoriel, quand on les met en évidence chez l'enfant, indiquent surtout des troubles du cours de la pensée ou de son élaboration ;

  • *la pensée et la vie opératoire* spécifique des structures psychosomatiques de l'adulte n'ont aucun caractère pathognomonique chez l'enfant : c'est quelquefois un moment du développement normal. Elle est le plus souvent absente des organisations psychosomatiques, mais elle apparaît fréquemment chez l'obsessionnel ;

– la *relation d'objet allergique* n'existe (mais incomplète) que chez l'enfant asthmatique ou eczémateux relativement âgé. En revanche, les relations avec l'hystérie sont fréquentes et complexes.

• **En conclusion**

L'étude des organisations psychosomatiques chez l'enfant comporte des conséquences pratiques et techniques évidentes : elle permet de mettre en place des mesures de prévention au niveau des services de pédiatrie et des crèches. Grâce à elle, on a entrepris des traitements souvent brefs d'interactions difficiles.

Mais les cliniciens modernes s'y intéressent surtout à cause de leurs implications théoriques ; elles réalisent en effet une sorte d'expérimentation spontanée qui permet de formuler de nouvelles théories du fonctionnement psychique et en particulier du narcissisme (genèse et fonction du narcissisme primaire, rapport narcissisme et auto-érotisme, simultanéité et complémentarité entre narcissisme primaire et narcissisme primitivement secondaire).

❒ Organisations de comportement et de caractère

Tous ces aménagements fréquents utilisent d'abord le comportement comme mode d'expression et l'imposent aussi à l'autre comme mode favori d'échange. Même s'il apparaît destructeur, le comportement constitue pour certains sujets la seule technique dont ils disposent pour maintenir malgré tout un lien avec l'objet.

En revanche l'enfant s'organise rarement sur le modèle de la névrose de caractère de l'adulte.

• **Enfant hyperactif**

Considérer l'hyperactivité comme un trouble central, purement neurobiologique et curable par des psychostimulants, permet à des pédiatres et à des familles de faire l'économie d'une approche psychodynamique. Cette mode actuelle nous invite malgré tout à réfléchir aux causes d'un tel syndrome. Combinant troubles de l'attention et agitation incoercible, il s'intègre souvent dans des troubles complexes de la personnalité dont il ne constitue que la manifestation la plus visible. Fréquent dans les prépsychoses ou les atteintes narcissiques, il apparaît quelques rares fois comme un trouble isolé qu'on peut alors traiter pour lui-même, tout en essayant de préciser la structure sous-jacente : le plus souvent, celle-ci sera dans le champ des structures limites.

• **Enfant et adolescent psychopathes**

Des enfants psychopathes? Le terme paraît moralisateur et choque presque autant que d'anciennes étiquettes normatives et fatalistes comme caractériel ou pervers. En fait, certains enfants et surtout préadolescents utilisent sans culpabilité, ni conflit intrapsychique, l'agir comme mode exclusif d'expression de pulsions archaïques et ne peuvent établir de relations stables avec l'autre. Ces trois points — primat de l'agir, absence de conflit, incapacité au transfert — nous semblent définir non seulement un comportement, mais aussi une organisation spécifique qui est inscrite très tôt (et qui peut, dans certaines conditions favorables de milieu, ne jamais se révéler par un comportement franchement antisocial).

Primat de l'agir : de telles organisations semblent fonctionner selon deux modes absolument clivés : tant qu'il n'y a pas d'émergence pulsionnelle ou d'interdit extérieur, ce comportement apparaît relativement adapté à la réalité et au groupe social, quelquefois suradapté chez cet enfant agréable, séducteur souvent aimable et aimé. Puis, brusquement, se produit (entre la pulsion et l'acte) un *court-circuit* qui met hors-jeu tout processus d'attente, de détour, de mentalisation aussi bien pendant l'émergence qu'après elle (aucun affect, aucun fantasme, aucune culpabilité).

Identification et transfert : de tels enfants font naître chez l'autre une curieuse ambivalence. L'adulte se laisse capter, émouvoir et manipuler tout autant que les autres enfants des groupes auxquels ils appartiennent et qu'ils font exploser. Un tel contre-transfert, la difficulté à s'identifier à de tels enfants répond à leurs propres difficultés d'identification. Malgré leur avidité affective, ils brisent toute relation dès que celle-ci risque de se prolonger. D'importantes fixations orales ambivalentes et labiles sont donc à l'œuvre avec leur double versant d'avidité et de sadisme.

L'impossibilité d'instaurer un transfert authentique empêchera toute psychothérapie, à moins que n'existe par ailleurs un noyau névrotique.

L'étayage de la bande : l'importance des étayages homosexuels et narcissiques se confirmera plus tard dans l'affiliation à une bande fermée d'égaux réunis autour d'idéaux d'omnipotence et d'exclusion. Ils y jouent les éminences grises, moralisent et pervertissent, induisent des *acting* ou bien se proclament *leaders*. Craints, adulés, capricieux dans leurs choix des favoris et de bannis, le tout dans une coloration très homosexuelle.

Angoisse et défenses : oscillant entre le triomphe et la honte, ils échappent à la culpabilité et à l'angoisse (même s'ils les miment de façon souvent convaincante). L'acte semble même avoir pour fonction d'éviter l'émergence d'une angoisse qu'ils imaginent destructrice.

On évoque souvent la relation de la psychopathie avec la psychose : il ne semble pas qu'il y ait risque de morcellement (l'objet qu'il tente de détruire reste entier), mais bien plus de perte de l'objet. C'est pourquoi il le désinvestit par avance, pour éviter sans doute d'être désinvesti par lui : « je veux te faire ce que j'ai terriblement peur que tu me fasses ». Le point commun que l'on pourrait trouver avec la psychose serait donc l'utilisation de *l'identification projective.* Même si elle ne va pas jusqu'à l'invasion de l'autre, la projection est en tout cas toujours à l'œuvre en deux temps. Dans le premier, il projette son Idéal du Moi de toute-puissance sur l'autre, toute-puissance niée immédiatement (J. Van Thiel Godfrind [39], p. 49). Dans le second, il attribue à l'autre sa propre agressivité persécutoire : « l'autre seul est méchant et m'en veut ». Mais cette projection est seulement vécue, agie sur un mode différent du mode psychotique, sans création d'une néoréalité.

Le fantasme se trouve aussi décapité de son élément représentatif habituel et réduit à l'agir, c'est l'acte qui tient lieu de fantasme. Tout le système défensif semble donc constitué pour éviter l'angoisse et pour justifier et maintenir le sentiment persécutoire.

Métapsychologie : l'utilisation de l'agir semble avoir pour but de dénier une carence narcissique en fait très précoce (c'est dans ce mécanisme du « déni » que l'on peut voir le lien avec les organisations perverses). On peut alors se demander ce qui sépare ces organisations des organisations psychosomatiques où la carence est du même ordre. On pourrait répondre qu'il s'agit d'une différence purement économique ; le nourrisson, futur psychopathe, investirait, sur un mode primaire et défensif, la motricité plutôt que d'autres fonctions corporelles.

La dimension du conflit libidinal, même de type anal (sadomasochisme, culpabilité), est totalement absente (D. Braunschweig [39]). Ce conflit n'oppose jamais deux instances intériorisées et ne peut naître qu'entre le Ça et la réalité, conflit équilibré car aucun des deux n'est annihilé par l'autre. On est dans le domaine du narcissisme et du masochisme primaire, malgré l'apparente maturation du Moi.

Sur le plan topique, l'absence de Surmoi génital et intériorisé est frappante. C'est le parent, la société qui constituent des béquilles extérieures pseudo-surmoïques.

L'absence d'évolution de ces organisations, la répétition monotone des *acting,* permet de voir à l'œuvre (de la façon la plus pure) le processus primaire, le principe de constance (chaque acte a pour but de ramener par la voie la plus directe l'excitation au niveau minimum) et la compulsion de répétition ainsi que l'instinct de mort *en deçà* de toute économie libidinale.

- **Enfant pervers ou perverti**

La définition freudienne de la structure perverse comporte plusieurs aspects tous présents durant l'enfance :

– *Choix exclusif d'un but partiel* au détriment du primal génital. L'enfant demeurera un pervers polymorphe durant toute l'enfance puisqu'il explore indifféremment toutes les satisfactions partielles dans l'attente d'une future satisfaction globale. Seule l'insistance compulsive de certaines conduites (exhibitionnisme, voyeurisme, explorations et caresses, transvestisme, sado-masochisme) et leur *exercice avec des partenaires d'une autre génération* peuvent inquiéter. Remarquons aussi la difficulté à distinguer, dans certains cas, fétiche et objet transitionnel.
– *Absence de culpabilité* qui fait de la perversion le négatif de la névrose. L'absence de toute espèce de censure ou l'apparition de comportements très bruyants pendant la phase de latence peuvent faire penser qu'un enfant fonctionne sur le mode pervers.
– *Le déni de la perception* de la castration féminine appartient au développement normal de la phase phallique. Seul le maintien ultérieur de ce déni qui était « fonctionnel » et l'apparition d'un clivage du Moi signeront la structure perverse. On ne peut avoir que des indices indirects de la présence d'un tel clivage et d'un tel déni spécifiques, qu'il ne faut pas confondre avec les clivages et les dénis beaucoup plus extensifs des autres états limites.

On sait que tout pervers trouve son complément ou son double — ce qui amène immédiatement à évoquer la pédophilie et l'inceste — situations où l'enfant a été dans la réalité perverti ou séduit dans une relation de maltraitance. Il est préférable d'inclure le cas des enfants « pervertis » dans le cadre plus général des enfants maltraités.

• **Enfant maltraité**

La rencontre avec les enfants maltraités est extrêmement troublante car ils semblent dès le début avoir été des enfants différents des autres avec toutes les caractéristiques des états limites. Il serait vain de décider si c'est une maltraitance très précoce (défauts de soins ou soins inadaptés) qui les a rendus tels ou si c'est un équipement déficient qui a induit la maltraitance. En tout cas, il semble exister une interaction spécifique de maltraitance qui est à l'œuvre très tôt et qui est désespérément reproductible. J'en veux pour preuve deux faits cliniques :

– Dans une fratrie, certains enfants sont les seuls à être maltraités. À première vue, rien ne les distingue des autres. Leurs parents n'ont pas vécu une situation plus difficile à leur naissance et le premier investissement n'a pas été catastrophique. Si rien ne permet d'affirmer qu'ils sont moins aimés et qu'ils sont moins aimables, on a peine à comprendre comment s'est noué ce pacte destructeur.
– Enlevés à leur famille et placés dans un milieu nourricier qui paraît normal et aimant, ils seront très souvent à nouveau maltraités.

Beaucoup d'enfants victimes de sévices sexuels sont les partenaires passifs et non séducteurs d'interactions du même type. Les effets désorganisateurs en sont différés le plus souvent — dans l'attente d'un deuxième temps traumatique qui pourra survenir dans un tout autre registre.

Le syndrome de Münchhausen nous montre une modalité bien particulière de maltraitance en milieu hospitalier. Il concerne des enfants victimes d'une

effarante série d'explorations invasives et d'interventions inutiles. Toutes sont induites par les projections d'une mère aussi omnipotente qu'apparemment inquiète. De son côté, l'enfant subit ce martyre sans protester.

• **Comportements addictifs**

L'addiction aux substances est rare jusqu'à la préadolescence : on observe seulement des dépendances à des médicaments qui traitent certaines maladies douloureuses ou chroniques (asthme). Les parents sont alors souvent responsables de l'escalade des doses.

La recherche effrénée de sensations extrêmes dans l'anorexie mentale appartient bien au domaine de l'addiction grave. (G. Szwec, P. Jeammet). Les techniques employées peuvent évoquer chez ces « galériens volontaires » l'identification mimétique à l'insatisfaisante mère berçante.

Dans tous ces cas se combinent carences précoces, au niveau des instincts et de l'environnement, et création de néobesoins.

• **Troubles du caractère**

Les milieux éducatifs désignent comme « caractériels » des enfants intelligents et manipulateurs qui mettent à mal les institutions et les personnes en y exerçant leur pouvoir de maîtrise et de « manipulation » jusqu'à obtenir le rejet et l'exclusion. Ils forment un groupe disparate où se côtoient perversité, psychopathie et caractère abandonnique. Les abandonniques qui ont subi des traumatismes précoces tentent vainement de les maîtriser dans la répétition : ils provoquent incessamment l'abandon qu'ils redoutent.

Les rares caractères névrotiques que nous citerons plus loin sont pour la plupart hors du champ des structures limites.

❒ Organisations limites à expression mentale

• **Syndromes dépressifs**

Bien qu'ils soient difficiles à situer dans l'éventail des dépressions de l'enfant, ils semblent exister de façon autonome et spécifique sous deux formes principales qui marquent la réactivation d'une problématique dépressive précoce :

– Le comportement vide et la dépression anaclitique, qui ont été décrits dans la pathologie psychosomatique, ont des prolongements tardifs. D'après C. Chiland, ces dépressions anaclitiques se prolongeraient chez le jeune enfant et l'écolier par des états dépressifs chroniques et d'importantes inhibitions. Les principaux aspects de la dépression souvent muette de l'adolescent appartiennent à la même lignée : morosité douloureuse, autodépréciation, inhibitions, retrait et désinvestissement, crainte de l'abandon.

– Le défaut d'élaboration des divers temps de la position dépressive et de l'angoisse de séparation instaure un *objet dépressif* substitut de l'objet perdu (P. Denis [63]). Son maintien dans l'ombre témoigne d'un travail de deuil inachevé et pèsera sur l'enfant en maintenant sa souffrance et son peu d'estime de soi.

On méconnaît moins de nos jours la dépression de l'enfant derrière ses multiples masques : troubles du sommeil, peurs, plaintes somatiques, agitation ou inhibition diverses. Comme l'a noté Ajuriaguerra, la dépression chez l'enfant prend très souvent une allure réactionnelle trompeuse (après deuil, séparation, mise à l'école). Cette dépression réactionnelle est trompeuse parce qu'elle renvoie en fait à une perte d'objet bien antérieure.

• **Dysharmonies de développement**

Il s'agit de dysharmonies de développement le plus souvent précoces (P. Mazet *in* [163] p. 1159-1169) qui n'appartiennent pas à la lignée psychotique. Elles associent des troubles tonicomoteurs, des troubles du comportement à des retards hétérogènes et des troubles thymiques. Elles succèdent à des interactions manifestement carentielles.

Les dysharmonies plus tardives sont beaucoup plus difficiles à repérer dans l'ensemble des troubles instrumentaux. Le secteur oblitéré où s'inscrit la faille peut être, soit l'intelligence et la connaissance, soit les fonctions instrumentales (certaines dyslexies), soit le corps et la psychomotricité (dyspraxies, certaines instabilités qui sont une lutte constante contre la dépression). Rien au premier examen ne permet le plus souvent de rattacher ces troubles à une carence narcissique. Mais c'est l'échec bien particulier des tentatives de rééducation instrumentale (orthophonie, psychomotricité) qui peut y faire penser. De plus, le trouble instrumental n'est pas lié à une inhibition compréhensible et analysable, il n'a pas de sens pour l'enfant, il ne s'inscrit pas dans un conflit, il existe comme un simple trouble économique.

• **Personnalités anaclitiques**

La multiplicité des états limites qui se désorganisent durant l'enfance laisse malgré tout une place importante aux nombreuses structures — limites absolument muettes qui resteront asymptomatiques et traverseront cette enfance sans encombre.

Seule l'analyse structurale de certains enfants charmeurs, sociables et abonnés à la réussite permet de se rendre compte qu'ils cachent fort bien une faille narcissique importante. Ils esquivent pour le moment fort habilement toutes les périodes critiques en usant d'un faux *self* bien adapté à un entourage jusqu'ici comblant. Il est d'autant plus difficile de repérer le moment désorganisateur qu'ils nous offrent une façade de latence réussie.

En fait, ces enfants dépendent de leurs objets, auxquels ils s'identifient de façon encore primaire très centripète sur un mode d'incorporation, sans pouvoir les intégrer comme des objets œdipiens.

C'est dans de telles structures que la faille narcissique impose la projection d'un idéal du Moi archaïque et mégalomaniaque dont la traduction clinique sera soit le « *transfert idéalisant* » sur des parents transfigurés, soit la constitution d'un Soi grandiose et d'un transfert en miroir (Kohut).

Il semble donc exister cliniquement un tronc commun indifférencié qui manifeste dans l'enfance une solidité singulière.

Organisations psychotiques

Élevés dans la nosologie psychiatrique classique de l'adulte, les premiers pédopsychiatres ont tenté en vain d'isoler et de décrire une *schizophrénie infantile.*

En revanche, l'étude clinique isola, dans les institutions pour débiles ou caractériels, des enfants très atypiques : le flou de leur contact, leur bizarrerie, la violence de leurs décharges et leur développement dysharmonique pouvaient évoquer l'intervention d'un processus désorganisateur dans le registre de la psychose.

Pour éviter de faire de la psychose infantile un concept trop extensif et peu spécifique, il fallut étudier les pathologies relationnelles précoces et construire un modèle structural et psychodynamique.

On pourrait définir les psychoses de l'enfant comme les diverses organisations dynamiques qui, à la faveur d'une carence précoce d'apport narcissique, se traduisent un jour ou l'autre, de façon immédiate ou progressive, par l'indistinction du sujet et de l'objet, l'absence des limites du Moi, par l'indistinction entre pulsion, réalité, fantasme.

Ces psychoses sont des processus qui associent étroitement une désorganisation profonde et des mouvements réorganisateurs. Ces derniers, qui prennent la forme de symptômes déficitaires ou d'une créativité vide, n'ont pour but que de restaurer désespérément le narcissisme et de défendre tant bien que mal le sujet contre une angoisse très primitive de morcellement et contre le règne de la destructivité et du masochisme primaire.

Ainsi définies, les psychoses restent des organisations mentales qui se sont, pour la plupart, édifiées en deux temps : un premier temps très précoce où s'organise une structure plus ou moins muette, et un second temps d'éclosion de la pathologie.

Clinique

❒ États autistiques

Il m'est toujours apparu nécessaire d'exclure les autismes du cadre strict des psychoses infantiles parce que leur apparition et leur extrême gravité ne semblent pas résulter d'un véritable processus. On ne peut les considérer que comme des *états* plus ou moins précoces, à l'étiologie très mystérieuse et sans doute multifactorielle.

• Variétés de l'autisme

– *L'autisme primaire type Kanner* (Berquez [22]) est un syndrome qui apparaît, sans cause explicable, chez un beau nourrisson décrit seulement comme silencieux et (trop) sage. Il comporte quatre signes :

- un désintérêt total, sa solitude effroyable et vide (*aloneness)* qui alterne avec une recherche de contact dévorant ;
- des troubles globaux de la communication qui débordent de beaucoup l'absence de langage ;
- le désir de maintenir des repères spatiaux immuables au milieu du repli comme de l'agitation incoercible *(sameness*) ;

• des activités immuables dans leur stéréotypie, la manipulation d'objets inanimés qui font littéralement partie du corps et du « soi » (objets autistiques, Lustin [171]).

– *Les autres états autistiques* s'installent plus progressivement que l'autisme de Kanner, avant le milieu de la troisième année. Ils apparaissent comme de graves aberrations instinctuelles au sein d'interactions extrêmement perturbées. Le tableau clinique associe les altérations de la communication de l'autisme primaire avec des troubles graves du comportement : le mutisme, l'évitement, l'agitation incoercible, l'insomnie et l'anorexie. Pour certains cette installation est programmée et inéluctable quoi qu'on fasse pour l'éviter ou l'atténuer. Pour d'autres une période « ouverte » de relative indétermination précéderait l'organisation complète de cet autisme en partie secondaire. Cela justifierait la recherche précoce de signes inquiétants (dans le registre de *l'évitement),* le refus d'un diagnostic prématuré (et destructeur) et la décision d'un traitement immédiat.

– Les traits autistiques (que F. Tustin nomme enclaves ou barrières) présents dans d'autres fonctionnements (les psychoses, certains états déficitaires, des structures de caractère, des états limites, des conduites addictives et l'anorexie mentale).

– Le stade ou la « position autistique » présents dans tout développement (selon M. Malher et D. Marcelli).

• **Observation, soin et théorie**
(voir les articles de D. Houzel et R. Diatkine *in* (163) pp1225-1286)

Il faut oublier les luttes idéologiques souvent violentes dont l'enfant autiste est l'enjeu (… et la victime) pour tenter une des diverses approches actuelles. Toutes se veulent théories de l'observation et du soin.

Les comportementalistes et cognitivistes aidés des éthologues ont mis en évidence les éléments essentiels d'un *trouble du développement* :

– troubles perceptifs et moteurs : série d'inversions (entre figure et fond, centre et périphérie, ensemble et détail), troubles de l'attention conjointe qui font le lien avec ceux de la communication ;

– troubles de la communication et de la symbolisation, troubles du langage et pauvreté du jeu.

Des psychanalystes héroïques (de M. Mahler et B. Bettellheim à G. Haag) ont entrepris de traiter les enfants autistes. Ils pensent (en purs généticiens) que l'autiste bute sur l'un des stades les plus précoces du développement. Ainsi, pour Meltzer, l'autisme vit un *démantèlement,* s'enferme dans une *relation d'objet bidimensionnelle* figée par *l'identification adhésive* et fuit le *conflit esthétique.* F. Tustin décrit de façon très imagée les étranges vécus corporels de l'autisme (fantasmes de discontinuité et d'arrachement, de trou noir piquant) G. Haag nous révèle l'importance de l'axe sagittal du corps, de l'adossement et de la double enveloppe de la symbiose.

❐ Formes principales de psychoses selon l'âge d'apparition

Survenant sur une personnalité en cours de construction, le processus psychotique bloque tout d'abord l'évolution au niveau même où l'enfant est parvenu.

Ce qui explique qu'elles ont toutes, peu ou prou, une expression déficitaire. Les trois moments cruciaux semblent la constitution du Moi et de l'objet, l'apparition du langage et la mise à l'école (Misès et Monniot [194]).

- **Les principales psychoses précoces (avant la fin de la troisième année) sont :**

– *Les psychoses symbiotiques* isolées par M. Mahler [177] sont liées à un hyper-investissement ambivalent entre la mère et l'enfant. Tant que l'enfant vit attaché à sa mère (dans une symbiose où s'ébauche une distinction entre soi et l'autre), tout se passe bien (à part certains troubles du caractère et du sommeil). Tout événement qui pourrait entraîner une séparation et une individuation des éléments de la Dyade entraîne une régression massive mais quelquefois passagère de l'enfant (autisme secondaire) ou une désorganisation psychotique. Il est d'autant plus difficile d'individualiser les psychoses symbiotiques comme des affections séparées des autres psychoses précoces, que l'on peut considérer toutes ces psychoses comme la *réaction à la rupture d'un lien* étroit et intense.
– *Les psychoses à expression mixte* qui apparaissent à la même époque ont une symptomatologie qui déborde de beaucoup le secteur déficitaire dans lequel on les range habituellement. On y trouve intriqués et non juxtaposés :

  - *les signes de la série déficitaire,* comme un retard intellectuel non homogène, avec dysharmonie des acquisitions. Ce retard peut, ou bien s'aggraver ou bien être fixé mais résiste à toutes les tentatives orthopédagogiques qui réussissent généralement avec les débiles. À ce retard s'associent de graves troubles psychomoteurs. Ceux-ci expriment une carence narcissique au niveau de l'image du corps et reflètent une lutte désespérée contre des fantasmes de morcellement projetés dans le corps. Sur le plan clinique, il s'agit toujours d'une *dyspraxie* (avec ou sans substrat neurologique) dont la variabilité étonne. La qualité de la relation aménagée avec l'observateur ou le rééducateur entraîne des réussites ou des échecs tout aussi surprenants. L'amélioration ou l'aggravation de ces dyspraxies est peut-être le meilleur test d'efficacité thérapeutique ;
  - les *troubles du langage* sont moins nets que dans les autismes, et la dysphasie ne s'accompagne pas toujours d'indistinction entre le « je » et le « tu ». Ce langage, qui permet une communication limitée avec des interlocuteurs privilégiés, peut brusquement régresser vers un langage autistique ;
  - *les troubles instinctuels* privilégient une zone érogène ou une sensorialité archaïques (flairements — avidité orale compulsive et non élective). Dans le même registre, on observe aussi des troubles sphinctériens comme l'encoprésie ou des anorexies graves et variables, des refus électifs pour des aliments « dangereux » ;
  - *l'angoisse* peut se montrer extrêmement envahissante, sous forme de terreur panique et de crises d'automutilation (toujours en rapport avec une tentative de fusion avec le corps de l'autre, fusion vécue comme dangereuse pour l'enfant ou pour l'autre). Cette automutilation s'accompagne d'un sous-investissement du corps propre dont les parties ne sont pas toujours reconnues par l'enfant comme lui appartenant. L'angoisse peut au contraire rester latente et se manifester par l'intensité du repli et par le caractère contraignant de rituels immuables dans l'espace et dans le temps (on trouve ici le même besoin de repères constants, ou « *sameness* », que

dans l'autisme de Kanner). Ces manifestations d'angoisse s'automatisent et se vident de sens, au fur et à mesure que la psychose évolue vers un déficit fixé et cicatriciel.

• **Les psychoses de la fin de la première enfance** combinent dans divers tableaux les phobies de la séparation, les troubles des premiers apprentissages et des vécus proches du délire :

– *Les psychoses post-autistiques* me paraissent devoir être isolées en raison de la relative fréquence des sorties partielles de l'autisme que l'on observe avant quatre ans. Ces enfants, enfermés dans un syndrome autistique qui ne faisait aucun doute, sortent brusquement de leur retrait et se mettent à communiquer avec un langage sans doute particulier mais qui a valeur d'échange. Ces psychoses constituent une entité tout à fait originale dans laquelle s'associent une dysharmonie et la persistance de signes de la série autistique : comportements d'évitement et de maîtrise, rituels et stratégies complexes dans l'abord de l'autre et le maniement de la pensée.

– *Les dysharmonies évolutives* où le tableau de départ « en mosaïque » reflète un réel morcellement au niveau du Moi qui se désintègre progressivement. On trouve la même dysharmonie au niveau des différentes fonctions instrumentales, c'est-à-dire le même écart entre des secteurs déficitaires et des secteurs précocement surinvestis et très performants (mais non intégrés dans la personnalité). C'est particulièrement vrai au niveau du langage ; très riche et très précoce au niveau de l'emploi des termes, qui est rarement utilisé dans un but de dialogue — même s'il n'est pas franchement discordant (comme dans des psychoses plus précoces). On retrouve le même investissement anarchique et intentionnel du corps et de la psychomotricité dans le syndrome suivant : maniérisme, réussite d'épreuves complexes de construction, refus de l'image spéculaire, interrogations sur l'identité et sur le contenu du corps (Misès [192]). Dans d'autres cas, les fonctions cognitives sont apparemment normales, mais on rencontre à côté une profonde angoisse déplacée ou agie, d'où la fréquence des terreurs nocturnes, de phobies étranges d'intrusion corporelle et de difficultés latentes d'identification de l'enfant dans son corps. Il n'y a pas non plus d'élaboration et d'intégration au Moi des fantasmes primitifs. On retrouvera plus tard, dans ces dysharmonies, des remaniements sur un mode pseudo-névrotique qui ont pour but de colmater une angoisse qui n'est pas une angoisse de castration, ni même une angoisse anale (telle qu'on la rencontre chez l'enfant obsessionnel vrai). Ce sont en particulier des rituels étranges, extrêmement envahissants, très fixés et très contraignants.

– *Les prépsychoses ou les parapsychoses* [67-150] dans lesquelles l'éclatement psychotique du Moi n'est pas survenu, même si ses conditions d'apparition sont toutes présentes. Ces prépsychoses frappent par leur instabilité incoercible, leur fantasmatisation incessante, sans anxiété apparente, sans barrière élevée par le Moi. Cet éclatement psychotique, toujours suspendu, en fait des structures qui perpétuent un équilibre instable (peut-être analogues aux « névroses actuelles »).

– *Les dysthymies graves ou psychoses affectives* où alternent brutalement des états affectifs extrêmes et opposés (surexcitation joyeuse et prostration dépressive) ne sont pas sans rappeler la psychose maniaco-dépressive de l'adulte qu'elles ne semblent pourtant pas annoncer.

• **Les psychoses de la phase de latence** coïncident avec l'arrivée à l'école qui constitue le pseudo-traumatisme apparent que la famille invoque toujours. Leur polymorphisme clinique est extrême et c'est un peu artificiellement que l'on peut distinguer :

– *des formes à expression motrice et thymique* où s'opposent :

• un *syndrome d'instabilité-excitation* à peu près analogue à celui qu'on observe dans les prépsychoses plus précoces. La note franchement hypomaniaque y est particulièrement nette, mais l'analyse structurale retrouve des éléments psychotiques plus ou moins masqués (froideur du contact, recherche de repères constants, etc.) ;

• un *syndrome d'inhibition-dépression* assez original. Inhibition dans le contact avec autrui, inhibition de la pensée, de l'activité, impossibilité d'acquisition cognitive (qui s'intègre dans un refus scolaire souvent massif et incompréhensible). Les acquisitions cognitives et praxiques ne sont pas utilisées et intégrées et fonctionnent comme des enclaves. La tonalité dépressive de l'humeur est nette et peut traduire, soit le sentiment profond d'un manque et d'une faille narcissique, soit une angoisse dépressive (au sens kleinien), qui serait déjà un progrès, une tentative de reconstruction par rapport à l'angoisse schizoparanoïde ;

– *des formes régressives* qui associent retrait, isolement, troubles complexes du langage (du mutisme à la désorganisation ou au surinvestissement effréné). Assez proche du syndrome précédent, il s'en distingue par la prévalence de troubles relationnels évoquant l'autisme ;

– *des formes à expression déficitaire évolutive* avec effondrement intellectuel et perte des acquisitions ;

– *des psychoses pseudo-névrotiques* qui miment les névroses classiques : *névrose d'angoisse* avec raptus anxieux, phase de dépersonnalisation — *phobies extensives* contraignantes, mais vécues dans une atmosphère froide, détachée, décrites avec précision, de façon très intellectuelle et très « précieuse » — *des obsessions* inquiétantes analogues à celles de la phase précédente ou au contraire d'allure cicatricielle — *des pseudo-névroses de caractère.*

Si on regroupe tous ces troubles de la phase de latence, on y retrouve toujours un versant déficitaire, évolutif ou non, qui est la conséquence de l'absence de scolarisation et du non-investissement du domaine cognitif. Les troubles du langage se manifestent fréquemment par un mutisme ou par l'utilisation autoérotique des mots et des phrases. Les troubles psychomoteurs ressemblent déjà au maniérisme de l'adulte schizophrène. On est frappé enfin par l'association d'une inhibition corporelle et de la possibilité d'exécuter certains gestes très compliqués, très précis, mais automatisés.

C'est aussi à cette époque que l'on rencontre des manifestations de la série délirante. Il ne s'agit pas d'un délire paranoïde classique ou d'hallucinations, mais de l'efflorescence de fantasmes concernant le corps (morcellement, destruction, identité) et de thèmes de filiations mythiques (qui débordent de beaucoup le classique roman familial). Même s'il n'y a aucun délire au sens strict, le vécu est toujours déréel, avec coupure d'avec l'autre et prolifération imaginaire stérile et non communicable.

Toutes ces psychoses précoces ou tardives de l'enfant nous semblent avoir deux caractères communs :

– Leur *caractère anhistorique,* c'est-à-dire que le développement normal de l'enfant est comme télescopé ; on n'y retrouve, même avant l'éclatement psychotique, aucune des phases normales de développement. Il semble que l'enfant, tel qu'il se vit et tel que le racontent les parents, est depuis des mois et des années *identique.* L'ancien et l'actuel s'associent sur le même plan.

– L'existence quasi lisible d'un *morcellement du Moi,* ou au minimum d'un clivage défensif entre un secteur envahi par le processus primaire et un secteur de reconstruction, de défense.

• **Les psychoses de l'adolescence** ne se distinguent pratiquement pas des psychoses de l'adulte, mais nous noterons seulement la difficulté du diagnostic à cette époque. Ainsi éclatent chez l'adolescent des crises de l'identité qui ont une allure franchement psychotique et qui rentrent dans l'ordre, apparemment sans séquelles. (Kestemberg [131]).

❐ Évolution

L'observation longitudinale, pendant de nombreuses années, de psychoses infantiles traitées, et les anamnèses d'adultes permettent de préciser les diverses évolutions possibles (Lebovici dans [164], p. 40).

• **Destins étonnants de l'autisme**

– Il peut persister, inchangé jusqu'à l'âge adulte. L'acquisition tardive d'un langage bizarre, asyntaxique et sans « je » ne change rien à leur relation d'objet si atypique.

– Il peut « guérir » assez tôt sans laisser d'autres traces que quelques rituels, une rigidité narcissique et quelques originalités de caractère. On s'interroge alors après-coup sur l'exactitude d'un diagnostic qui semblait pourtant ne faire aucun doute. De telles formes appartiennent peut-être à un groupe de « réactions autistiques réversibles » et non à l'autisme.

– Il peut se transformer en une déficience qui, sans avoir des traits psychotiques francs, reste atypique.

– Il peut enfin suivre l'évolution des psychoses post-autistiques évoquées plus haut.

• **Diverses évolutions des psychoses**

– Soit vers une déficience globale et profonde ou une déficience dysharmonique où les traces d'un fonctionnement psychotique antérieur sont peu visibles.

– Soit vers une oligophrénie « simple » et cicatricielle. Toutes ces évolutions déficitaires effacent, comme l'a souvent noté Lebovici, les traits fascinants d'enfants surdoués dans un secteur esthétique : l'étonnant poète, le fascinant dessinateur devient niais et conformiste.

– Soit vers la constitution d'une personnalité bizarre, en mosaïque, où s'opposent des secteurs surinvestis permettant des performances étonnantes (calcul mental) et d'étonnantes lacunes praxiques ou cognitives.

– Soit vers des troubles du caractère : traits schizoïdes ou paranoïaques, traits phobiques ou obsessionnels.

– Soit vers une psychose de l'adulte.

– Soit vers une névrotisation de couverture le plus souvent phobo-obsessionnelle très serrée, inhibant et amputant l'intellect et l'activité.

❐ Rencontre avec l'enfant psychotique

Le polymorphisme clinique extrême des psychoses de l'enfant pourrait faire douter de leur unité. Cette unité ne peut qu'être devinée à partir de la constance des réactions qu'ils induisent chez tous ceux qu'ils rencontrent.

• L'enfant psychotique et l'autre

On ne peut qu'être frappé de la constance d'un phénomène très difficilement formulable et qui siège, non chez l'enfant lui-même, mais chez tous ceux qui essaient d'entrer en contact avec lui : l'éveil constant chez l'autre d'une angoisse spécifique dont certains (et pas seulement les parents) se défendent avec énergie. L'enfant psychotique est vécu comme *morcelant, clivant,* tout autant que morcelé et clivé.

On pourrait citer d'autres images qui marquent bien le caractère très particulier du contact avec l'enfant ; il est vécu comme creux, gouffre, aspiration.

Ce morcellement et ce clivage ne se retrouvent pas qu'au niveau des personnes, mais au niveau des institutions (Racamier). On voit là pratiquement à l'œuvre la toute-puissance d'une identification projective, véritable effraction et possession de l'objet.

Rosenfeld [214] a bien montré que l'autre est le contenant de la projection mortifère et que c'est dans la mesure où le contenant accepte cette intrusion et n'explose pas qu'une relation bonne peut s'établir avec le psychotique. Si l'on essaie d'analyser ce vécu, cette première impression, on s'aperçoit qu'elle en recouvre d'autres.

Face à cet enfant, ou près de lui, on a une impression perpétuelle de trop ou de trop peu : trop d'intelligence ou trop de niaiserie pour le niveau réel, un langage trop riche ou curieusement absent, trop de gestes ciselés ou une raideur inexplicable, un visage surexpressif qui ne dit rien, un regard brillant et vivant dans un corps vide, trop d'amour tissé de haine. On voit, on entend, on touche continuellement, dans cette richesse et cette pauvreté simultanées, ce que les vieux auteurs appelaient la discordance. Les passages à l'acte immotivés, à froid, en rupture avec ce qui se passait auparavant (véritables *raptus* instinctuels), majorent encore cette angoisse de l'autre.

• Description imagée de l'enfant

L'angoissante rencontre perd de son caractère traumatique au travers d'une réaction constante ; pour vivre moins mal avec lui, on en parle de façon inventive et imagée. Quelques *signifiants essentiels* reviennent toujours dans les descriptions. Ce sont des images à la fois insistantes et foisonnantes, qui condensent violemment des contraires. En voici quelques-unes :

– *Le corps* où l'on croit lire l'inscription littérale de la psychose. La discordance, la dissociation, le morcellement ne démembrent pas seulement le psychisme de l'enfant et sa relation avec l'autre. *Ils se lisent et se voient sur et dans son corps* (et c'est ce que nous tentions de suggérer par ce que nous disions du visage, du geste, du regard). Mais il ne s'agit pas seulement du corps de l'enfant, tel qu'il est vu par l'observateur, ou tel qu'il s'attache et se dérobe à lui, il s'agit aussi de la façon dont il est habité, utilisé, déplacé par l'enfant; nous rattacherions volontiers, à cette inscription de la psychose dans un corps et un espace morcelés, l'instabilité de l'enfant psychotique. On peut aussi rappeler que, selon P. Aulagnier Castoriadis, le corps réel de l'enfant psychotique n'est qu'un simple prolongement du narcissisme maternel. La mère n'a pu, ni pendant la grossesse ni après, effectuer un travail de deuil car elle n'a rien à perdre. Il semble exister une sorte d'impossibilité à construire une représentation imaginaire de l'enfant à venir.

– *L'enfant-énigme* se décline de cent façons :

- un enfant tyrannique et impuissant — pantin désarticulé qui réussit l'impossible, mais échoue dans le geste le plus simple;
- un poète au langage fulgurant, un peintre fascinant;
- un langage scindé, clos, asyntaxique, dans lequel s'établissent en tous sens d'étranges rapports et conflagrations — langage-image, langage blanc traversé de proclamations terroristes;
- une logique purement binaire, une pensée réfractaire à tout raisonnement analogique. L'inflation métonymique exclut toute métaphore.

– *Un monde étrange* qu'il habite si mal :

- monde de vivants pétrifiés et de choses mobiles et hypersensibles. L'inversion constante entre l'animé et l'inanimé, notée par M. Mahler, joue à plein. La multiplication à l'infini des miroirs ne laisse aucune place aux glissements progressifs et aux petites différences;
- un monde mécanique où l'enfant-machine tisse un réseau de fils électriques (Joe décrit par Bettelheim [23]) triomphe des ordinateurs et ordonne la musique céleste;
- un espace vide, clos mais aussi plein, magique, soumis à mille influences, traversé d'éclairs venus de toute part. Dans cet espace, le découpage absurde mais impérieux de territoires immuables. Le constant renversement entre contenant et contenu amène l'évagination du dedans.
- un temps sans rétroaction, sans après-coup où règne «l'avant-coup» (A. Green).

• Un temps discontinu et périlleux où la carence du *holding* par la mère empêche la constitution d'un «sentiment continu d'exister» et fait surgir la menace d'anéantissement (Winnicot).

Métapsychologie des psychoses infantiles

La structure des psychoses infantiles nous impose une révision profonde de nos conceptions métapsychologiques habituelles. Le caractère chaotique de l'organisation et le télescopage des différents stades empêchent de dater la première faille; rien ne permet d'affirmer qu'elle se situerait au stade oral. La

prématurité de certains mécanismes contraste avec le retard de certains autres, le pseudo-œdipien côtoie l'archaïque. Non seulement ces psychoses mettent en échec nos schémas génétiques, mais elles mettent au premier plan l'abord économique, s'inscrivent dans une dynamique radicale et nous imposent une nouvelle théorie de la représentance.

❒ Économie psychotique

Dans cette économie de guerre, la déprivation et l'hémorragie libidinale et narcissique sont constantes et graves. Le mode d'investissement qu'opère la mère prive l'enfant de ressources narcissiques propres ; comme il complète le narcissisme maternel, il n'est pas un objet externe sur lequel elle modulerait des investissements variables et structurants.

L'hémorragie libidinale et narcissique ne peut s'arrêter que par la constitution d'un bouclier pare-excitation, rigide et mortifié (qui arrête les stimuli internes tout autant qu'externes). Comme tout don libidinal extérieur est perçu comme une intrusion, l'enfant n'accepte alors que des apports d'une énergie neutre et despécifiée (stimulations mécaniques et répétitives du style bercement automatique), ou d'une énergie non localisée et non humaine comme la musique (qu'il écoute des heures dans l'extase).

❒ Dynamique

On considère classiquement que ce conflit essentiel oppose le Ça à la réalité, conflit dans lequel le Moi s'allie au Ça (Freud [99]). Mais où situer le lieu de ce conflit qui paraît à la limite n'être nulle part? Mais un autre conflit tout aussi radical et destructeur s'attaque à la vie pulsionnelle et représentative, d'où les distorsions de la représentance.

Les défenses : on retrouve bien sûr dans les psychoses infantiles les défenses habituelles des psychoses : déni, projection, identification projective (qui impose à l'autre de servir de contenant*). « L'équation symbolique »* opère au premier plan pour constituer des chaînes de signifiants confondus et télescopés et interdit l'avènement de tout symbolisme authentique. Des défenses banales et quasi névrotiques peuvent intervenir aussi ; en fait, ce qui compte, ce n'est pas le niveau « théorique » d'une défense mais sa signification et sa fonction éventuellement différentes.

Notons la fréquence de profonds remaniements défensifs. Les principaux s'opèrent sur un mode anal (v. tableau de Lebovici et Mac Dougall dans [165]) ou conduisent à une pseudo-triangulation (*œdipification*).

Le tableau clinique de la psychose résulte d'un compromis entre le processus néantisant et la mobilisation constante de défenses (plus ou moins spécifiques et adaptées). La compulsion de répétition toujours présente n'a pas qu'un rôle négatif. Dans l'autisme, la constitution d'un pare-excitation absolu et autonome assure la survie. Rappelons aussi un processus original isolé par Bion et que l'on peut rattacher à l'instinct de mort : c'est *l'attaque des liaisons* qu'on repère facilement dans la pensée et l'activité de l'enfant psychotique.

L'angoisse : c'est, bien sûr, l'angoisse composite dite de *morcellement* — angoisse athématique qui recouvre une angoisse précocissisme de *néantisa-*

tion. C'est contre cette angoisse indicible que s'organise une structure défensive serrée. En revanche les thèmes fantasmatiques sont d'une banalité extrême : thèmes œdipiens, thèmes de castration, manipulation d'objets partiels — mais de tels thèmes sont vécus avec une extrême intensité.

❐ Topique et représentance

Les étapes de la représentance : ces étapes et les articulations entre les différents éléments de la représentance sont radicalement bouleversées, comme le montrent des études catamnestiques et structurales (Lustin [172]).

– La *satisfaction hallucinatoire de désir* s'arrête chez le psychotique au niveau de l'hallucination de la satisfaction. L'échec de l'hallucination de l'objet impose toute une série de rattrapages et d'étayages sur le réel extérieur, le corps et le langage entendu. Ainsi, le premier objet est une chose réelle *perçue faute d'être hallucinée.* Tout s'organise autour de cette chose devenue un *fétiche primaire (*M. Fain*).* On pourrait d'ailleurs voir dans cet échec l'intervention exclusive d'un mécanisme déjà évoqué par M. Mahler sous le nom d'*hallucination négative;* au lieu de créer un objet absent, l'activité hallucinatoire s'emploie à dénier, à abolir la présence de l'objet.

– La défaillance ou la mise hors circuit du *système des représentations de choses* condamne ce système à rester accessoire, clos et fini, c'est-à-dire à échanger ses caractéristiques avec celles du système des représentations de mots (telles que les définissait Freud en 1891 [81]). En effet on assiste à une sorte *d'inflation du système de représentation de mots* qui perd ses limites et sa finitude habituelles. Cet échange ne va pas sans de multiples conséquences au niveau du fonctionnement mental. Dans celui-ci, l'instinctuel et le pulsionnel raté s'entremêlent. Essayons de préciser un peu mieux les caractéristiques de ce monde pulsionnel amoindri et amputé. Comme la source et l'objet de la pulsion sont en partie confondus, la source reste au premier plan et comporte des éléments multiples et peu localisables : l'environnement d'abord sonore, les éprouvés corporels, les affects primaires et la motricité.

– Il existe pourtant un troisième mode de représentance qui permet quelquefois d'échapper à cet engrènement stérile des choses dans les mots. Faute de qualitatif, la représentance peut en effet se raccrocher au *quantitatif,* c'est-à-dire à l'*affect.* Celui-ci perd alors sa caractéristique habituelle de résidu et de manque à représenter, pour occuper une place centrale et organisatrice. Cette prégnance de l'affect se voit encore majorée par celle de l'hallucination négative qui, d'après (A. Green [112]), participe toujours à sa formation. Certaines évolutions favorables de psychoses s'étayent sur l'élaboration de cette *représentance par l'affect.* Les psychoses post-autistiques peuvent d'autant moins bénéficier d'un tel raccrochage qu'elles s'emploient à réprimer totalement l'affect.

– *Les fantasmes* le plus souvent ne sont pas spécifiques : thèmes de filiation prodigieuse, de transformation corporelle et de toute puissance sur le monde et les autres. La confusion continuelle entre fantasmes, rêves et délires signe la prégnance de *l'hallucination de la satisfaction.* La fantasmatisation névrotique est impossible, non pas tellement à cause de l'absence de certains contenus, mais surtout parce que « l'espace » propre au fantasme n'est pas

constitué. Les fantasmes sont de purs contenus qu'il faut expulser. La fantasmatisation a une fonction uniquement *évacuatrice*.

– *La pensée* s'organise de façon tout à fait différente dans les psychoses post-autistiques et dans les psychoses processuelles :

- *l'ancien autiste* construit une pensée implacable, abstraite et stérile qui se complaît dans le géométrique et la numération. Il utilise mille détours pour maintenir à distance les représentations, les affects et les fantasmes de la lignée érotique et libidinale (Diatkine [163] p. 1266-1285) ;
- *tous les autres psychotiques* se dégagent encore plus mal que les débiles, les obsessionnels ou les états limites de l'omnipotence et de la croyance magiques. Informe et infiltrée, leur pensée se confond avec l'affect, le fantasme et l'acte et invente de nombreuses stratégies d'évitement et de condensation. Si elle utilise la métonymie, le coq-à-l'âne, si elle se maintient sans douleur dans le contradictoire, elle échoue dans le raisonnement par analogie tout autant que dans la construction abstraite.

Confusion des topiques : tout ce que nous venons de noter sur la représentance montre bien que le trouble central est une rupture du cadre topique habituel et un essai de reconstruction. On observe tout d'abord une confusion entre première et deuxième topique ; l'*inconscient*, faute d'être le lieu du refoulement des représentations, *se confond avec le Ça*.

Dans chacune des topiques, la confusion augmente encore avec la suppression des étayages habituels ; ainsi, les instincts sexuels, au lieu de s'étayer sur les instincts de conservation, naissent et fonctionnent de façon autonome — ainsi, le narcissique et l'objectal ne sont plus articulés et interdépendants.

Dans le cadre de la deuxième topique, on note aussi le morcellement du Moi et les rapports bien particuliers entre contenant et contenus — les seconds attaquant le premier (Bion). On peut présenter les rapports : *Ça, Moi, réalité*, comme une série *d'inclusions* successives impossibles, tout comme les rapports : appareil à penser, pensée, représentation. D'où une persécution constante de la pensée par l'instinct, et du Moi par l'objet réel — qui n'est *jamais absent* et, par là, *jamais représenté*.

Organisations névrotiques

Névrose infantile et névroses de l'enfant

L'analyse du petit Hans, par père interposé, a permis à Freud de retrouver chez un enfant quasi normal certains symptômes de la lignée réputée alors névrotique (en l'espèce, les phobies). Depuis lors, quand on parle de « névrose infantile », on évoque trois phénomènes différents :

- *Des signes isolés de la lignée névrotique* apparaissant et disparaissant à un moment quelconque d'un développement par ailleurs normal (phobies d'animaux petits et grands, peur du noir, terreurs nocturnes, rituels du coucher ou du lavage). Ces traits mobiles et peu investis d'angoisse ne s'inscrivent dans aucune structure névrotique franche et stable et constituent des accidents du développement. Le jeu pulsionnel apparaît souple, le Moi atteint une différenciation normale pour l'âge, on ne note pas d'inhibition des activités cognitives et de restriction des affects, pas d'écrasement ou d'éclatement des

fantasmes. La socialisation de la personnalité (en famille et à l'école) s'effectue sans anicroches graves aussi bien au niveau des échanges que des possibilités créatrices. Une étude longitudinale (aussi bien anamnestique que catamnestique) confirme la bénignité de ces signes dont aucun n'a de valeur en soi. On doit éviter les correspondances simplistes et refuser de poser l'équation : phobie = névrose phobique, rituels = névrose obsessionnelle.

• La *« névrose infantile »* quasi physiologique qui serait un moment fécond du développement normal (un moment de passage comme la psychose des premiers mois décrite par les kleiniens). Comment la définir? Comme une organisation qui, sur le plan structural, a presque toutes les caractéristiques d'une névrose, mais qui demeure « ouverte », négociable sans intervention psychothérapique importante. Elle éclôt chez un enfant suffisamment mature, vivant dans un milieu familial et éducatif souple et tolérant, peu névrosé et névrogène. Lebovici [157] nous rappelle en effet que les conflits sont inévitables en raison de la dépendance de l'enfant aux parents, et donnent lieu quelquefois à des symptômes névrotiques très élaborés et surdéterminés. Les mécanismes à l'œuvre associent le refoulement proprement génital et l'émergence de pulsions prégénitales. Ce sont ces enfants dont C. Chiland [49] dit qu'ils paraissent «*fonctionner bien dans le registre de l'insertion dans le réel et le registre de l'activité fantasmatique, passant de l'un à l'autre avec souplesse*». Cette névrose toujours «égosyntonique» n'est pas autre chose alors que les divers moments un peu plus bruyants d'une crise œdipienne normale. Elle emprunte et abandonne une série de masques sous lesquels on reconnaît les grandes névroses de l'adulte : l'enfant, d'abord phobique, devient ensuite hystérique et séducteur, pour guérir, après son entrée à l'école, sous l'apparence ordonnée de l'obsessionnel. L'accrochage et la fixation à l'un de ces stades ne surviennent que dans *les névroses de l'enfant.*

• En revanche on rencontre très rarement des organisations névrotiques fixées, confirmées après étude structurale et observation prolongée. Ce sont les *névroses* de *l'enfant.*

Les vraies organisations névrotiques (névroses de l'enfant) sont en fait des *prénévroses* toujours très composites ([159], p. 92). On peut voir en effet associés des traits phobiques avec des traits obsessionnels, une symptomatologie hystérique peut avoir une façade obsessionnelle. Elles sont aussi quelquefois extensives (certaines hystéries). Enfin, elles s'associent souvent à des troubles d'une lignée très différente : troubles instrumentaux, troubles du comportement, maladies psychosomatiques.

On observe fréquemment chez l'enfant des fonctionnements d'apparence névrotique qui se situent dans d'autres champs.

• Les *pseudo-névroses* cicatricielles qui sont une forme de « guérison » d'un processus le plus souvent psychotique.

• Les tableaux *pseudo-névrotiques invasifs* qui inaugurent une psychose de la seconde enfance.

Hystéries infantiles

Une hystérie de conversion authentique est rare chez l'enfant, mais le recours à une conversion non symbolique peut accompagner des somatisations

précoces. Nous avons vu en effet la fréquence de somatisations mixtes avec un double versant névrotique et psychosomatique. Elles surviennent principalement dans les sphères motrices, digestive et respiratoire. Rappelons qu'une conversion même intense n'entraîne jamais de lésion somatique.

Chez l'enfant plus âgé, on assistera à des ***crises névropathiques*** très théâtrales et à divers troubles neurologiques (de la paralysie à la crise pseudo-comitiale de l'hystéro-épilepsie). Cela amène à considérer l'hystérie infantile comme une *dramatisation, une mise en scène du fantasme*, comme « un langage » *dans* et *par* le corps dans la mesure où « *celui-ci est visible ou présent pour l'autre* » (Ajuriaguerra [1], p. 686). Le corps est alors un *instrument* et non une *victime* comme chez les psychosomatiques (Racamier).

Cette dramatisation à plusieurs personnages ne peut survenir que s'il existe une différenciation suffisante des instances et des objets (telle qu'elle s'instaure au moment de l'Œdipe) et que si le conflit se traduit par un refoulement et une symbolisation. Une telle différenciation n'intervient qu'au deuxième temps de l'Œdipe, à l'adolescence. C'est pourquoi Lebovici affirme qu'on ne peut parler en toute rigueur que d'une ***pré-hystérie*** chez l'enfant.

D'autres symptômes de l'enfant sont mis en rapport avec l'hystérie : le mutisme psychogène et le somnambulisme ainsi que certaines crises crépusculaires (dont les frontières avec l'épilepsie sont difficiles à tracer).

La névrose infantile a le plus souvent un aspect hystérique au moment de sa constitution. La solution hystérique est en effet une de celles qui s'offrent à l'enfant affronté à la problématique œdipienne : fantasmes de séduction *de et par* l'adulte, avidité de contact suivi d'un retrait, théâtralisation des conflits. Cette phase hystérique peut se poursuivre par une organisation de caractère à l'adolescence.

De nombreux troubles du caractère, de l'humeur et des conduites ont été qualifiés d'hystériques, en particulier la mythomanie, la simulation, l'avidité affective. Tous ces symptômes n'ont rien de névrotique et sont le fait de personnalités narcissiques et d'états limites.

Les frontières de l'hystérie chez l'enfant *:* en fait les hystéries infantiles ne sont le plus souvent qu'un masque : le caractère génital de la structure apparaît vite douteux, car les relations avec l'autre sont érotisées de façon très extensive, sans vrai choix d'objet. C'est pourquoi il faut considérer ce type d'hystérie infantile comme un *trouble de l'identification* qui fera évoquer :

– la dépression chez des enfants simulateurs dont le comportement peut aller jusqu'à l'automutilation ;

– une structure prépsychotique sous-jacente ;

– la psychopathie chez l'enfant mythomane (dont la mythomanie perverse dépasse de beaucoup l'habituel « roman familial »).

❒ Devenir des enfants hystériques

Il est rare qu'une hystérie de l'adulte succède à une hystérie infantile, mais plutôt à des névroses infantiles asymptomatiques qualifiées « d'égosyntoniques ». Seule la reconstruction du passé dans la cure analytique éventuelle

permet de retrouver ou de *construire après coup* le noyau hystérique de l'enfance. En revanche, certaines névroses obsessionnelles ont présenté dans l'enfance des traits hystériques.

Les symptômes hystériques (mutisme, somnambulisme, crises) peuvent évoluer aussi bien vers la psychose, que vers les troubles graves du caractère ou qu'une hystérie d'angoisse (que l'on appelle aussi névrose phobique).

Les caractères hystériques auront l'avenir imprévisible de tous les états limites. Ils pourront tout aussi bien rester inchangés que s'organiser comme une psychopathie ou se décompenser sur un mode dépressif.

❐ Métapsychologie de l'hystérie infantile

On peut considérer l'hystérie infantile comme une régression (déclenchée par un traumatisme et modulée par l'entourage) ou comme une méthode de lutte antipulsionnelle au moment de l'Œdipe. Ses liens avec la phase phallique sont évidents dans les deux sexes. Le corps peut prendre la valeur et la place du phallus absent, menacé ou surévalué.

On pourrait aussi opposer la différence de maturation du Moi et de la libido dans la névrose obsessionnelle et l'hystérie. Dans cette dernière, une précocité libidinale s'associe à une faiblesse du Moi. Cette précocité ne fait aucun doute chez la fille qui présente des hystéries aussi éloquentes que bénignes.

Mais l'hystérie infantile peut avoir d'autres fonctions : celle d'une défense contre l'oralité et la psychose. Elle peut être la manifestation faussement névrotique d'un *faux self* conformiste (Winnicot).

Hystérie d'angoisse

Avant d'isoler et de définir l'hystérie d'angoisse chez l'enfant, il est capital de procéder au classement et à l'analyse structurale précise de toutes les peurs qu'il manifeste. La plupart ne répondent pas à la définition de cette hystérie d'angoisse *: le déplacement sur un objet phobique qu'entraîne le surgissement d'une angoisse libre, sans objet.* Ce déplacement représente une solution plus élaborée que la conversion parce qu'elle se situe dans une sphère uniquement mentale dont les instances sont suffisamment différenciées. Elle semble donc le plus souvent hors de portée pour un enfant.

De nombreuses phobies souvent organisatrices émaillent le développement de l'enfant :

– *Phobies précoces* : on peut déjà considérer l'angoisse du 8e mois comme une *phobie primaire* où la peur de perdre l'objet maternel est *déplacée* sur un visage étranger. Les terreurs nocturnes manifestent une simple difficulté à maîtriser les pulsions par un orgasme, une décharge sensorielle.

– *Phobies de la première enfance :* elles concernent les animaux petits et gros, les éléments (eau, orages, feu), les situations et les lieux (séparation, école, voiture ascenseur), le corps (maladie, saleté).

– Tant qu'elles sont labiles et peu envahissantes, on peut les considérer comme des techniques utiles à l'enfant pour négocier son angoisse à chacun

des stades du développement. Presque toutes disparaissent au moment de la latence.

Le cas de la *phobie scolaire* apparaît un peu plus complexe : elle défend l'enfant contre ses angoisses de séparation et contre l'angoisse des parents de voir leur enfant s'individualiser et choisir un autre modèle d'identification. Elle s'accompagne alors d'inhibition intellectuelle. Ce symptôme, utilisé par l'enfant pour satisfaire des besoins régressifs, cédera si on agit sur les parents.

Des phobies graves peuvent surgir très tôt dans les psychoses précoces : l'angoisse massive ne peut se traduire que par la décharge motrice, les hurlements et l'automutilation. Ces patients ne peuvent mettre en place aucun évitement, aucun contre-investissement solide.

Beaucoup de phobies graves de la *latence et de la préadolescence* relèvent aussi de la psychose. Ainsi, la survenue brutale d'une phobie scolaire invasive et irréductible traduit une *peur très archaïque du monde interne* (vécu comme étrange et dangereux). Son devenir est souvent sombre.

Parmi ces pseudo-phobies de nature psychotique, certaines sont liées à la peur très envahissante de la fragmentation et de la transformation du corps, de l'intrusion par l'autre (ainsi les d*ysmorphophobies* délirantes de l'adolescent). D'autres phobies quasi-délirantes de l'adolescence s'en prennent au corps sexué (anorexie mentale ou début du transvestisme).

Seules appartiennent au domaine de l'hystérie d'angoisse ***les phobies partielles*** qui surviennent au moment de *l'Œdipe :* elles représentent « un instrument d'endiguement de la fraction des pulsions génitales passives qui n'a pu être endiguée par le Moi ». Elles ont pour fonction de protéger la bonne image paternelle (et la relation passive et amoureuse avec elle), après clivage et projection de l'agressivité sur l'objet phobogène. Elles sont fréquentes chez le petit garçon. Les familles et notre société tolèrent mal cette hystérie d'angoisse chez le garçon (en raison de la surestimation « culturelle » du phallus, et de l'exaltation de la virilité). Même dans ce cadre apparaissent des éléments d'autres lignées : des phobies d'impulsion, des rituels.

Fonctionnements obsessionnels

Comment apparaît l'enfant qualifié d'obsessionnel ? Cela peut être l'enfant sage, trop sage, le nez fourré dans ses dictionnaires, ses collections dérisoires dont l'ordre comme le désordre apparaissent pétrifiés ou envahissants.

Raisonnable, discuteur et raisonneur, il comble et agace à la fois ses parents. D'autres traits agacent encore plus : tics, jeux de mots, oraisons jaculatoires, rituels impérieux et absurdes de la toilette, des jeux, et du coucher. Il reste calme tant qu'on respecte ses manies mais est submergé par la colère et l'angoisse dès qu'on les contrarie.

❒ Étude clinique

Le fonctionnement obsessionnel peut apparaître à un moment du développement comme un *mode d'adaptation* aux méthodes éducatives dont le but est l'apprentissage de *rituels* (repas, propreté, miction et défécation réglés). Pour

obtenir l'amour de ses parents, l'enfant se plie à ces rituels, les intègre. Il peut aussi les utiliser de façon agressive. Enfin, il élabore, dans un but de maîtrise et de défense, d'autres rituels (certains jeux répétitifs analogues au jeu de la bobine). Il constitue ainsi sa notion du temps (Lebovici et Diatkine [161]). De plus, la plupart des méthodes pédagogiques valorisent l'intelligence et un mode de pensée de type obsessionnel. Il s'agit alors seulement d'une ritualisation de l'existence, d'une mise à distance modérée des pulsions et des affects, d'une intellectualisation de bon aloi. Finalement, ces divers facteurs renforcent la tendance de toute névrose infantile à créer des symptômes obsessionnels à la fin de son évolution.

Ce fonctionnement obsessionnel ne constitue pas seulement une réaction adaptative, ou le mode de guérison de la névrose infantile banale. Certaines phobies graves, certaines prépsychoses ou dysharmonies de la première enfance (traitées ou non) se sont colmatées secondairement au prix d'une ritualisation et d'une inhibition importante, d'une restriction des affects et de l'activité. Cette névrotisation plus ou moins solide doit être respectée.

Mais ce fonctionnement, loin d'achever et de fixer une évolution, peut aussi inaugurer un processus morbide : certaines *psychoses de la phase de latence* débutent par une séméiologie obsessionnelle qui représente une défense désespérée contre le morcellement. Deux types de symptômes sont prévalents : d'une part des rites bizarres et contraignants (que l'enfant impose à toute la famille), des collections absurdes, des salves de tics phonatoires, d'autre part, des phobies très angoissantes (agoraphobie, phobies concernant le corps et ses fonctions).

Le tableau, s'il est moins inquiétant et envahissant, avec une angoisse absente ou neutralisée, peut annoncer une évolution névrotique ultérieure à l'adolescence. En effet une névrose obsessionnelle typique ne se constitue jamais avant l'âge de dix ans.

Enfin apparaissent fréquemment, au moment de la phase de latence, des *caractères obsessionnels* qui sont l'accentuation et la fixation du fonctionnement obsessionnel passager et physiologique évoqué plus haut.

Le fonctionnement obsessionnel abouti semble toujours avoir deux faces contradictoires : il oscille toujours entre l'angoisse et la dénégation de l'angoisse, entre l'impulsion et la maîtrise, entre la saleté et la propreté, entre l'ordre et le désordre, entre la pensée rationnelle et la toute-puissance magique. Il organise une série de compromis plus ou moins stables : ainsi le rite concilie maîtrise et soumission, acceptation et refus de la contrainte.

❒ Métapsychologie

On sait que Freud [88] a insisté sur la maturation trop précoce du Moi (par rapport aux pulsions) chez l'obsessionnel ; elle apparaît évidente cliniquement chez ce sujet précoce et sage.

– *L'angoisse* est souvent masquée, car l'obsessionnel se structure justement de façon à éviter, isoler, refouler cette angoisse. Mais si on arrive à la repérer, elle semble de deux ordres : *angoisse devant un Surmoi sévère* mais aussi *angoisse de perte d'objet*, peur de perdre la maîtrise de cet objet comme de

pulsions très ambivalentes. D'où l'oscillation entre désir de destruction et de réparation, oscillation entre activité et passivité (dont la coloration homosexuelle est nette). Le fantasme conscient a peu de place, l'enfant refuse les fantaisies, les contes de fées et nie qu'il puisse avoir des rêves.

– *Pensée obsessionnelle :* La pensée est surinvestie par rapport aux autres secteurs, en particulier l'agir — d'où inhibition à l'action, doutes incessants, difficultés de démarrage, annulation des actes. Cette pensée a des caractéristiques bien particulières : elle fragmente le monde en éléments abstraits, valorise les aspects représentatifs et visuels, met à distance l'objet, l'affect et la pulsion. C'est-à-dire *l'isolation.* Cette pensée se meut dans un espace et un temps non seulement géométriques, mais scindés, parallèles et quasi équivalents (alors qu'un vécu plus investi sur le plan libidinal se déploie dans un espace-temps qui est une réunion, une interpénétration). *L'annulation rétroactive* maîtrise le passé dans l'affirmation magique de la réversibilité du temps. Ce désir de maîtrise à distance se lit toujours en filigrane : *maîtrise par le regard et par la parole*.

MÉTHODES DE SOIN

Pour soigner un enfant on doit choisir un ou plusieurs éléments complémentaires d'une large palette :

– traitements médicamenteux qui ne sont pas à exclure s'ils sont soigneusement dosés et intégrés dans une prise en charge globale qui en évalue la nécessité et les effets ;
– enseignement spécialisé ;
– rééducations instrumentales plus ou moins globales ;
– soin institutionnel continu ou discontinu ;
– psychothérapies. Nous limiterons notre exposé à ces deux dernières approches.

Psychothérapies chez l'enfant

Les psychothérapies de l'enfant ont fait l'objet de beaucoup de controverses, voire de mises en accusation (Geissmann [106], Lustin [174]). Nous évoquerons seulement à titre d'information les problèmes généraux que posent les diverses psychothérapies chez l'enfant, sans aborder à aucun moment les détails de la technique.

Conditions de possibilité d'une psychanalyse

Le modèle de la cure type est-il applicable chez l'enfant — et au prix de quels aménagements ? Vers 1930, aux débuts de la psychanalyse chez l'enfant, une controverse s'est ouverte sur la possibilité d'un processus analytique chez l'enfant. Anna Freud affirmait que l'instauration d'un transfert nécessitait une longue *phase préparatoire* au cours de laquelle le thérapeute se montrait actif (et « séducteur » selon ses détracteurs). En revanche, M. Klein affirmait que le

transfert pouvait s'établir dès la première rencontre, grâce à une *interprétation immédiate et profonde* du contenu latent du discours et du jeu de l'enfant.

En fait, depuis cette époque, les deux positions se sont en partie rapprochées et l'on ne nie plus l'existence d'un processus ni d'un transfert. L'âge de l'enfant, son niveau de langage rendent le matériel très différent du matériel purement verbal fourni par l'adulte. Des médiatisations par le jeu, les poupées, les petits soldats, les marionnettes, le dessin, sont souvent nécessaires mais souvent moins longtemps qu'on ne le croit. L'important est que le thérapeute lui-même réponde le moins possible par un comportement au comportement de l'enfant, qu'il analyse continuellement pour lui-même les fantasmes inconscients sous-jacents, et le niveau du transfert de façon à communiquer éventuellement des interprétations verbales dans un langage accessible. Un exemple particulièrement démonstratif d'une telle technique et de ses résultats est donné par R. Diatkine et J. Simon [69]. Nous nous arrêterons un instant sur ce qu'ils disent du *processus de la cure* chez l'enfant. Pour eux, l'angoisse de l'enfant est la conséquence d'une contradiction entre les pulsions partielles, l'identification primaire d'une part, les désirs maturatifs et les identifications secondaires d'autre part. Toute intervention doit porter sur cette contradiction (au lieu de privilégier soit le matériel archaïque, soit le matériel œdipien) et modifie immédiatement le transfert.

Ces interventions, faites au présent, ont un effet économique sur les points de fixation et les conflits d'instance, sur l'activité du Moi qui peut investir avec plaisir de nouveaux modes de fonctionnement, même s'il n'y a pas remémoration du passé. La cure ne sera achevée que lorsque les modifications observées avec le thérapeute dans le cadre de la séance seront transposées dans la vie réelle.

On conçoit la difficulté de telles cures, aussi bien dans leur conduite que dans l'appréciation du résultat : certains cliniciens d'ailleurs, dans un but de recherche tout comme d'évaluation utilisent avant, pendant et après la cure l'index de la *Hampstead Clinic* établi par Bolland et Sandler [33].

Autres techniques psychothérapiques

La psychanalyse de l'enfant dont nous avons résumé le déroulement idéal s'avère un instrument long, lourd et coûteux (ou inapproprié). Obligés souvent d'y renoncer, les psychanalystes recourent à d'autres techniques inspirées de la psychanalyse (et dont ils observent qu'elles instaurent un véritable processus). En voici la palette :

– *Psychothérapies de l'enfant seul* :

• sur une longue période, on peut entreprendre une psychothérapie analytique ou un psychodrame analytique individuel (avec plusieurs thérapeutes pour un seul patient). Il semble instaurer un véritable processus analytique. Les indications majeures en sont les psychoses ou les dysharmonies de l'enfant. (Kestemberg et Jeammet [119]) ;

• sur une courte période on propose à l'adolescent des *psychothérapies brèves* (méthode active de pesée sur des conflits et des identifications mises au point par P. Mâle). Un enfant plus jeune pourra bénéficier d'une

consultation thérapeutique (proposée par Winnicot) où, à travers le gribouillis (*squiggle*), sont mis à jour le conflit et le « rêve fondamental » [254] ;

• certaines rééducations instrumentales au niveau du langage et du corps (relaxation aussi) constituent souvent des psychothérapies « masquées » à partir du moment où elles sont centrées sur l'aspect relationnel et pratiquées par des personnes suffisamment intuitives, mais dûment formées et contrôlées.

– *Psychothérapies visant la relation mère-enfant, parents-enfants* :

• les troubles psychosomatiques du premier âge peuvent être améliorés par toute une série *d'entretiens avec les parents.* De même la *psychothérapie du premier âge* en présence de la mère (Mâle et A. Doumic [175]) ;

• toutes les techniques de *psychothérapies courtes* proposées par B. Cramer, qui traitent les interactions pathologiques parents-enfants [54] ;

• les prises en charge au domicile du bébé inspirées par la technique d'observation d'E. Bick (M. Haag [120]) ;

• *psychothérapies familiales :* elles visent à soigner un groupe malade dans sa globalité. Elles utilisent souvent des concepts hétérogènes empruntés à la théorie systémique de la communication, à la psychanalyse et à l'anti-psychiatrie (J. Hochman [124]).

– *Psychothérapies de groupe* :

• les psychodrames de groupe animés par un couple de thérapeutes ;

• les psychothérapies de groupe proposées aux adolescents ;

• les groupes psychothérapiques d'enfants psychotiques.

EN CONCLUSION

Les psychothérapies proprement dites (psychanalyse ou psychothérapie analytique) occupent en clinique infantile une place moins grande qu'on ne pourrait croire. En effet de telles techniques ont des indications relativement limitées (sur le plan de la structure) et nécessitent toute une série de conditions favorables : constance et stabilité du milieu familial, absence de contre-attitudes toxiques chez les parents (qu'une analyse de leur enfant remet violemment en cause et qui ont le droit de refuser pour eux-mêmes une psychothérapie), présence d'un thérapeute formé.

Il y a d'ailleurs souvent, dans les institutions comme chez certaines familles, une croyance magique (en fait très agressive) à la toute puissance de la psychothérapie. Cette attitude paradoxale, par laquelle on voudrait se décharger sur un autre du soin d'un enfant, peut conduire la cure dans une impasse tout autant que l'hostilité (consciente ou non).

Un grand nombre de ces psychothérapies se déroulent à l'intérieur des institutions. Sans prétendre à une asepsie totale, les psychothérapeutes devront veiller à ce que soit ménagé dans ces institutions un espace d'intimité et de secret suffisant pour l'exercice de leur pratique. Mais ils doivent aussi reconnaître à ces institutions un rôle soignant complémentaire du leur (et accepter des échanges périodiques mais limités avec elles à propos du cas).

L'enfant dans les institutions soignantes

Il est impossible de considérer l'enfant comme une entité isolée des divers groupes et institutions qui, de la famille à l'hôpital, assurent sa survie, le nourrissent, l'éduquent ou tentent de le soigner. Nous allons essayer de préciser à quelles conditions doit répondre une institution de soin pour ne pas remplir trop mal son rôle. Ce rôle pourrait se définir ainsi : *fournir à l'enfant les conditions techniques et humaines minimum qui pourront permettre l'instauration d'un processus de changement.* Ces conditions s'appliquent tout autant aux institutions légères (CMP et CATTP) que lourdes (internats, hôpitaux de jour ou unités de soirée). Certaines paraissent évidentes, mais n'en restent pas moins difficiles à appliquer et à maintenir.

Ouverture et multidisciplinarité

La coexistence de diverses catégories professionnelles ne peut se faire qu'au prix de conditions contradictoires :

– respect de l'identité et de la spécificité technique de chacun ;

– respect de l'intimité et du secret de chaque prise en charge ;

– adhésion à une idéologie minimum du soin et utilisation d'un langage commun pour les échanges. Cette idéologie doit se référer à la psychodynamique sans fétichiser le « cadre » et sans imposer l'unique modèle de la cure type. Ce modèle (inadapté et inapplicable) exerce en effet ses ravages dans beaucoup d'institutions où tout le monde revendique de faire partout la même cure idéale. Chaque prise en charge (psychothérapique, éducative ou rééducative) a des conditions spécifiques qu'on ne peut transposer ailleurs.

Place centrale donnée aux patients

Il faut souvent rappeler à l'institution qu'elle ne doit pas se choisir elle-même comme but et centre de son action (même si elle doit veiller à sa conservation). Mais elle ne doit pas non plus céder aux conduites d'évitement de l'enfant malade en plaçant les parents au centre de leur réflexion et de leur action. Son rôle n'est pas de soigner ces parents mais seulement de favoriser leur acceptation du soin et de les informer des grandes lignes du déroulement de ce soin.

Elle doit veiller à se montrer suffisamment contenante et pare-excitante pour l'enfant et renoncer aux illusions mégalomaniaques qui lui feraient croire qu'elle pourra tout maîtriser, tout prévoir — et tout guérir.

Elle doit évaluer les possibilités de changement de l'enfant et établir un projet raisonnable de prise en charge où le rééducatif et le soin psychique auront chacun leur place assignée.

Tout soin est un processus imparfait et limité qui doit en particulier comporter une fin prévisible et nécessaire. L'institution doit donc garder à l'esprit la représentation de cette fin et préparer ainsi l'inévitable travail de deuil de « ses » enfants promis à un départ proche ou lointain.

Existence de lieux de réflexion, d'échange et d'évaluation

Toute une série de réunions périodiques plus ou moins larges (au niveau d'un groupe de vie, d'un atelier, d'une technique) doivent permettre d'échanger les informations, de tenter de comprendre aussi bien ce qui se passe chez les enfants que ce qu'éprouvent et imaginent les soignants, et de préparer bilans, synthèses, projets… et décisions.

L'institution idéale serait peut-être celle qu'ont rêvée et fait vivre un moment quelques utopistes qui ont imaginé une communauté thérapeutique dont les patients sont membres à part entière. (M. Woodbury [256] et J.-J. Lustin [168]). Dans une telle communauté guettée par l'illusion fusionnelle la place centrale de la « réunion commune » ne pourra jamais abolir toutes les différences, escamoter la pesée de l'environnement (familial, institutionnel et social) et de la hiérarchie.

BIBLIOGRAPHIE

[1] AJURIAGUERRA (J. de.) — *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, 1971, Masson, Paris.

[2] AJURIAGUERRA (J. de.), MARCELLI (D.) — *Psychopathologie de l'enfant*, 1982, Masson, Paris.

[3] ALBY (J.-M.) — L'obésité chez l'enfant. *Psychiatr. Enfant*, 1958, 3-1, 310-330.

[4] ANZIEU (D.) — *Le Moi-peau,* 1985, Dunod, Paris.

[5] ANZIEU (D.) — *Les enveloppes psychiques*, 1987, Dunod, Paris.

[6] ANZIEU (D.) — *Les contenants de pensée,* 1993, Dunod, Paris.

[7] ANZIEU (D.) — *Le penser (du Moi-peau au Moi-pensant),* 1994, Dunod, Paris.

[8] ANZIEU (D.), KAES (R.) et coll. — *Crise rupture et dépassement,* 1979, Dunod, Paris.

[9] ARBISIO (C) — *L'enfant de la période de latence,* 2007, Dunod, Paris.

[10] AUBRY (J.) et coll. — *La carence de soins maternels*, 1955, PUF, Paris.

[11] AULAGNIER (P.) — *La violence de l'interprétation,* 1975, PUF, Paris.

[12] AUSSILOUX (Ch.) — *L'autisme : cinquante ans après,* 1994, Érès, Ramonville Saint-Agne.

[13] BADINTER (E.) — *L'amour en plus*, 1981, Livre de poche, Paris.

[14] BALIER (C.) — *Psychanalyse des comportements sexuels violents,* 1996, Le fil rouge, PUF, Paris.

[15] BALINT (M.) — *Le défaut fondamental,* 1978, Payot, Paris.

[16] BENDER (L.) — *Agression, hostility and anxiety in children,* C. Thomas, Springfield III.

[17] BERGERET (J.) — *La personnalité normale et pathologique*, 1974, Dunod, Paris.

[18] BERGERET (J.) — *La dépression et les états limites*, 1975, Payot, Paris.

[19] BERGERET (J.) — *Le petit Hans et la réalité,* 1987, Payot, Paris.

[20] BERGERET (J.) — *La violence et la vie,* 1994, Payot, Paris.

[21] BERGERET (J.), HOUSER (M.) — *Le Fœtus dans notre Inconscient,* 2004, Dunod, Paris.

[22] BERQUEZ (G.) — *Autisme infantile,* 1983, PUF, Paris.

[23] BETTELHEIM (B.) — *La forteresse vide,* 1969, Gallimard, Paris.

[24] BETTELHEIM (B.) — *L'amour ne suffit pas,* 1970, Fleurus, Paris.

[25] BETTELHEIM (B.) — *Les évadés de la vie,* 1973, Fleurus, Paris.

[26] BION (W.R.) — Attacks on linking. *Int. J. Psycho-Anal.,* 1959, 40.

[27] BION (W.R.) — A Psycho-Analytic Study of Thinking. *Int. J. Psycho-Anal.,* 1962, 43.

[28] BION (W.R.) — *Attention et interprétation, 1974, Payot, Paris.*

[29] BION (W.R.) — *Aux sources de l'expérience*, 1979, PUF, Paris.

[30] BION (W.R.) — *Éléments de psychanalyse,* 1979, PUF, Paris.

[31] BION (W.R.) — *Transformations, passage de l'apprentissage à la croissance,* 1982, PUF, Paris.

[32] BLOS (P.) — The concept of acting-out in relation to the adolescent process. *Journ, Child Psychiatry*, 2, n 1, 1963.

[33] BOLLAND ET SANDLER — *The Hampstead psycho-analytic index.*1965, International University press, New-York. Trad. fr. : *Psychanalyse d'un enfant de deux ans*, 1973, PUF, Paris.

[34] BOURDIER (P.) — La céphalée de l'enfant ou contribution à l'étude des états prémorbides de l'enfance. *Rev. fr. Psychanal.,* 1962, 26, 633-654.

[35] BOWLBY (J.) — *Soins maternels et santé mentale*, Cah. OMS, Genève, 1951, Monog. n° 2.

[36] BOWLBY (J.) — L'anxiété de la séparation. *Psychiatr. Enfant*, 5, n 1, 1962, p. 317-335.

[37] BOWLBY (J.) — *Attachement and Loss*, Vol. I : Attachment, 1969, Hogarth Press, London; Basic Books, New-York.

[38] BRAZELTON (T.B.) et CRAMER (B.) — *Les premiers liens*, 1991, Stock, Paris.

[39] BRAUNSCHWEIG (D.), LEBOVICI (S.) et VAN THIEL GODFRIND (J.) — La psychopathie chez l'enfant. *Psychiat. Enfant*, 12, fasc. 1, 1969.

[40] BRAUNSCHWEIG (D.) et FAIN (M.) — *Eros et Anteros*, 1971, Payot, Paris.

[41] BRAUNSCHWEIG (D.) et FAIN (M.) — *La nuit et le jour*, 1975, Le fil rouge, PUF, Paris.

[42] BRUSSET (B.) — *L'assiette et le miroir,* 1977, Privat, Toulouse.

[43] BURLINGHAM (D.) et FREUD (A.) — *Enfants sans famille,* 1949, PUF, Paris.

[44] BYDLOWSKI (M.) — *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité,* 2000, Odile Jacob, Paris.

[45] CAHN (R.) — *La relation fraternelle chez l'enfant,* 1962, PUF, Paris.

[46] CAHN (R.) — *Adolescence et folie. Les déliaisons dangereuses*, 1991, Le fil rouge, PUF, Paris.

[47] CAHN (R.) — *L'adolescent dans la psychanalyse. L'aventure de la subjectivation,* 1998, Le fil rouge, PUF, Paris.

[48] CAHN (R.) — *Carence soins maternels, réévaluation de ses effets, Cah. OMS*, n° 14, 1961.

[49] CHILAND (C.) — *L'enfant de six ans et son avenir*, 1971, Le fil rouge, PUF, Paris.

[50] COSNIER (J.) — Investissements narcissiques et objectaux. *Rev. fr. Psychanal*, 24, n° 4, 1970.

[51] COSNIER (J.) — *Destins de la féminité.* Le fait psychanalytique, 1987, PUF, Paris.

[52] COSNIER (J.) et BROSSARD (A.) — *La communication non verbale,* Desclée de Brouwer.

[53] COSNIER (J.) — *Le retour de Psyché,* 1998, Desclée de Brouwer.

[54] CRAMER (B.) — Interventions thérapeutiques brèves avec parents et enfants. *Psychiatr. Enfant*, 17, 1, 1974, p. 53-117.

[55] CRAMER (B.) — *Psychiatrie du bébé : nouvelles frontières,* 1988, Médecine et Hygiène, Paris et Genève.

[56] CRAMER (B.) et PALACIO-ESPASA (F.) — *La pratique des psychothérapies mères-bébé,* 1993, PUF, Paris.

[57] DANON-BOILEAU (M.), LAB (P.) — L'inhibition intellectuelle. *Psychiatr. Enfant*, 10 février, p. 445-533.

[58] DAVID (M.) et APPEL (G.) — La relation mère-enfant. *Psychiatr. Enfant*. 9, fasc. 2, 1966, p. 445-533.

[59] DEBRAY (R.) — *Bébés-Mères en révolte : Traitements psychanalytiques conjoints des déséquilibres psychosomatiques précoces,* 1987, Le Centurion, Paris.

[60] DELASSUS (J.M.) — *Devenir mère, histoire secrète de la maternité,* 1999, Dunod, Paris.

[61] DELASSUS (J.M.) — *Le génie du fœtus,* 2001, Dunod, Paris.

[62] DELION (P.) — *Observation du bébé selon E. Bick,* 2004, Érès, Ramonville.

[63] DENIS (P.) — La dépression chez l'enfant : réaction innée ou élaboration? *Psychiatr. Enfant.*, 30, fasc. 2, 1987, p. 301-328.

[64] DIATKINE (R.) — La signification du fantasme en psychanalyse d'enfant. *Rev. fr. Psychanal*, 15, n° 3, p. 325-343.

[65] DIATKINE (R.) — Agressivité et fantasmes agressifs. *Rev. fr. Psychanal*. 30, n° spécial, 1966, Paris.

[66] DIATKINE (R.) — Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant. *Psychiatr. Enfant*, 10, n° 1, 1967, Paris, p. 1-21.

[67] DIATKINE (R.) — L'enfant prépsychotique, *Psychiatr. Enfant,* 12, 1969.

[68] DIATKINE (R.) — *L'enfant dans l'adulte ou l'éternelle capacité de rêverie,* 1994, Delachaux & Niestlé, Neuchâtel.

[69] DIATKINE (R.) & SIMON (J.) — *La psychanalyse précoce*, 1972, Le fil rouge, PUF, Paris.

[70] DOLTO (F.) — *Psychanalyse et pédiatrie*, 1971, Seuil, Paris.

[71] DONNET (J.L.) et GREEN (A.) — *L'enfant de ça*, 1973, Éd. de Minuit, Paris.

[72] DUGAS (M.) — *La dépression chez l'enfan*t, 1985, Médecine et enfance, Paris.

[73] ERIKSON (E.) — *Enfance et société,* 1982, Delachaux & Niestlé, Neuchâtel.

[74] ERIKSON (E.) — *Adolescence et crise,* 2001, Champs, Flammarion, Paris.

[75] FAIN (M.). — *Prélude à la vie fantasmatique*, 1971, *Rev. fr. Psychanal*. 35, 2/3, p. 291-368.

[76] FÉDIDA (P.) — *L'absence,* 1978, Gallimard, Paris.

[77] FRAIBERG (S.) — *Fantômes dans la chambre d'enfants,* 1999, Le fil rouge, PUF, Paris.

[78] FREUD (A.) — *Le Moi et les mécanismes de défense,* 1949, PUF, Paris.

[79] FREUD (A.) — *Le traitement psychanalytique des enfants*, 1951, PUF, Paris.

[80] FREUD (A.) — *Le normal et le pathologique chez l'enfant,* 1968, Gallimard, Paris.

[81] FREUD (S.) — *Zur Auffassung der Aphasien,* 1891. Trad. fr. : Contribution à l'étude des aphasies 1983, PUF, Paris.

[82] FREUD (S.) — *Über Deckerinnerungen,* G.W.I, 1899. Trad. fr. : *Sur les souvenirs-écrans*, in *Névrose, psychose et perversion*. 1973, PUF, Paris.

[83] FREUD (S.) — *Die Traumdeutung.* 1900, G.W. II-III, 1-700, S.E. IV-V, 1-361. Trad. fr. : *L'interprétation des rêves*, 1967, PUF, Paris.

[84] FREUD (S.) — *Drei Abhanlungen zur Sexualtheorie*. 1905, G.W.V, S.E. III. Trad. fr. : *Trois essais sur la théorie de la sexualité infantile*, 1949, Gallimard, Paris.

[85] FREUD (S.) — *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben*. 1909, G.W.VII, 243-377, S.E.X, 5-149. Trad. fr. : *Analyse d'une phobie d'un petit garçon de cinq ans : le petit Hans*, in *Cinq Psychanalyses*, 1954, PUF, Paris.

[86] FREUD (S.) — *Der Familienroman der Neurotiker*. 1909, G.W.VII. Trad. fr. : *Le roman familial des névrosés*, in *Névrose, psychose et perversion*, 1973, PUF, Paris, p. 157-160.

[87] FREUD (S.) — *Eine Kindheitserinnerug des Leonardo da Vinci*. 1909, G.W.VIII, S. E XI. Trad. fr. : *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*, 1927, Gallimard, Paris.

[88] FREUD (S.) — *Die disposision zur Zwangsneurose.* 1913, G.W. VIII, S.E. XII. Trad. fr. : *La disposition à la névrose obsessionnelle*, in *Névrose psychose et perversion*. 1973, PUF, Paris, p. 189-197.

[89] FREUD (S.) — *Zur Einführung des Narzissmus*. 1914, G.W.X, S.E.XIV. Trad. fr. : *Introduction au narcissisme*, in *La vie sexuelle*. 1969, PUF Paris, p. 81-105.

[90] FREUD (S.) — *Triebe und Triebschicksale.* 1915, G.W.X, S.E.XIV. Trad. fr. : *Les pulsions et leurs destins*, in *Métapsychologie*. 1952, Gallimard, Paris, p. 11-44.

[91] FREUD (S.) — *Die Verdrängung.* 1915, G.W.X, S.E.XIV. Trad. fr. : *Le refoulement*, in *Métapsychologie*. 1952, Gallimard, Paris, p. 45-63.

[92] FREUD (S.) — *Das Unbewusste.* 1915, G.W.X, S.E.XIV. Trad. fr. : *L'inconscient*, in *Métapsychologie*. 1952, Gallimard, Paris, p. 65-123.

[93] FREUD (S.) — *Übersicht der Übertragungneurosen.* 1915, Trad. fr. : *Vue d'ensemble des névroses de transfert*, 1986, Gallimard, Paris.

[94] FREUD (S.) — *Aus der Geschichte einer infantile Neurose*. 1918, G.W.XII, S.E.XVII. Trad. fr. : *Extrait de l'histoire d'une névrose infantile : l'homme aux loups*, in *Cinq psychanalyses*, 1954, PUF, Paris, p. 325-420.

[95] FREUD (S.) — *Ein kind wird geschlagen.* 1919, G.W.XII Trad. fr. : *Un enfant est battu*, in *Névrose, psychose et perversion*. 1973, PUF, Paris, p. 219-243.

[96] FREUD (S.) — *Das Ich und das Es*. 1923, G.W.XIII, S.E. XIX. Trad. fr.: *Le Moi et le Ça*, in *Essais de psychanalyse*, 1951, Payot, Paris, p. 76-162.

[97] FREUD (S.) — *Der Untertragung des « Ödipuskomplexs ».* 1923, W. XIII, S. EXIX. Trad. fr. : *La disparition du complexe d'Œdipe*, in *La vie sexuelle*, 1969, PUF, Paris, p. 117-122.

[98] FREUD (S.) — *Die infantile genital organisation.* 1923, G.W.XIII, S.E.XVIII. Trad. fr. : *L'organisation génitale infantile*, in *La vie sexuelle*, 1969, PUF, Paris, p. 113-132.

[99] FREUD (S.) — *Der Realitätverlust bei Neurose und Psychose,* 1924, G.W.XIII Trad. fr. : *La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose*, in *Névrose, psychose et perversion*, 1973, PUF, Paris, p. 299-303.

[100] FREUD (S.) — *Das ökonomische Problem des Masochismus.* 1924, G.W.XIII. Trad. fr. : *Le problème économique du masochisme*, in *Névrose, psychose et perversion*, 1973, P.U.F, paris p. 287-297.

[101] FREUD (S.) — *Die Verneinung.* 1925, G.W.XIV, S.E.XIX. Tr. fr. : La négation in *Résultats, idées, problèmes*, II, p. 135-140.

[102] FREUD (S.) — *Hemmumg, Symptom und Angst.* 1926, G.W.XIV, S.E.XX. Trad. fr. : *Inhibition, symptôme, angoisse*. 1965, PUF, Paris.

[103] FREUD (S.) — *Über libidinöse Typen.* 1931, G.W.XIV, S.E. XXI. Trad. fr. : *Les types libidinaux*, in *La vie sexuelle*, 1969, PUF, Paris, p. 156-159.

[104] FREUD (S.) — *Abrist der psychoanalyse.* 1940, G.W.XVII, S.E. XXIII. Trad. fr. : *Abrégé de psychanalyse*, 1951, PUF, Paris.

[105] FRIEDLANDER (K.) — *La délinquance juvénile; étude psychanalytique, théorie, observations, traitements*, 1951, PUF, Paris.

[106] GEISSMAN (C.). & GEISSMAN (P.) — *Histoire de la psychanalyse de l'enfant,* 1992, Bayard, Paris.

[107] GIBELLO (B.) — *L'enfant à l'intelligence troublée*, 1984, Le Couturier, Paris.

[108] GLOVER (E.) — *The kleinian system of the child psychology*. P.A.S. of the child, vol. I, 1945.

[109] GOLSE (B.) — *Du corps à la pensée,* 2001, PUF, Paris.

[110] GOLSE (B.) — *L'être-bébé,* 2006, PUF, Paris.

[111] GOLSE (B.) et MISSONNIER (S.) — *Récit, attachement et psychanalyse : Pour une clinique de la narrativité,* 2005, Érès, Ramonville.

[112] GREEN (A.) — *Le discours vivant*, 1972, Le fil rouge, P.U.F, Paris.

[113] GREEN (A.) — *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. 1983, Minuit, Paris.

[114] GREEN (A.) — *La causalité psychique,* 1995, Odile Jacob, Paris.

[115] GREEN (A.) — *Les chaînes d'Éros,* 1997, Odile Jacob, Paris.

[116] GREEN (A.) — *La folie privée,* 2003, Folio essais, Gallimard, Paris.

[117] GREENACRE (Ph.) — *Traumatisme, croissance et personnalité*, 1971, PUF, Paris.

[118] GRUNBERGER (B.) — *Le narcissisme*, 1971, Payot, Paris.

[119] HAAG (G.) — *La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps* – 1985 – Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 33, 2-3,207-214, Paris.

[120] HAAG (M.) — *La méthode d'Esther Bick pour l'observation régulière et prolongée du tout-petit au sein de sa famille,* 2002, HAAG, Paris.

[121] HARTMANN (H.) — *Ego psychology and the problem of adaptation*. 1958, International University Press, New-York.

[122] HARTMAN (H.), KRISS (E.), LŒVENSTEIN (H.) — *Psychologie psychanalytique*, 1975, PUF, Paris.

[123] HENRY (J.) — L'observation naturaliste d'enfants psychotiques. *Psychiatr. Enfant*. 1961, 4, p. 65-203.

[124] HOCHMAN (J.) — *Pour soigner l'enfant psychotique,* 1984, Privat, Toulouse.

[125] HOUZEL (D.) — *Nouvelles approches psychopathologiques de l'autisme infantile,* in *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1985, PUF, Paris. (pp 1225-1254).

[126] HOUZEL (D.) — *L'aube de la vie psychique,* 2002, ESF, Paris.

[127] JACOBSON (E.) — *Le Soi et le monde objectal*. 1975, Le fil rouge, PUF, Paris.

[128] JAKOBSON (R.) — *Langage enfantin et aphasie.* Trad. Fr. 1969, Édition de Minuit, Paris.

[129] KANNER (L.) — Autistic Disturbances of Affective Contact. 1943, *Nerv. Child*, 2. Trad. fr. in Berquez, (18), 1983.

[130] KANNER (L.) — Early infantile autism, *J. Paidiat*, 25.

[131] KESTEMBERG (E.) — *L'adolescence à vif,* 1999, PUF Paris.

[132] KESTEMBERG (E.) et coll. — *Le devenir de la prématurité,* 1977, PUF, Paris.

[133] KESTEMBERG (E.) et coll. — *Autrement vu : des psychanalystes observent la relation mère-enfant,* 1981, PUF, Paris.

[134] KESTEMBERG (E. et J.) et DECOBERT (S.) — *La faim et le corps*, 1972, Le fil rouge, PUF, Paris.

[135] KESTEMBERG (E.) et JEAMMET (P.) — *Le psychodrame psychanalytique,* 1987, Que sais-je? PUF Paris.

[136] KLEIN (F.) et DEBRAY (R.) — *Psychothérapies analytiques de l'enfant,* 1975, Privat, Toulouse.

[137] KLEIN (M.) — *La psychanalyse des enfants,* 1959, PUF, Paris.

[138] KLEIN (M.) — *Essais de psychanalyse,* 1967, Payot, Paris.

[139] KLEIN (M.) — *Envie et gratitude,* 1968, Gallimard, Paris.

[140] KLEIN (M.) — *Psychanalyse d'un enfant,* 1973, Tchou, Paris.

[141] KLEIN (M.), HEIMAN (P.), ISAAC (S.) et RIVIÈRE (J.) — *Développement de la psychanalyse*, 1966, PUF, Paris.

[142] KOHUT (H.) — *Le Soi*, 1974, PUF, Paris.

[143] KREISLER (L.) — *L'enfant du désordre psychosomatique,* 1981, Privat, Toulouse.

[144] KREISLER (L.) — *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique,* 1987, Privat, Toulouse.

[145] KREISLER (L.) — *La psychosomatique de l'enfant,* 1989, Que sais-je? PUF, Paris.

[146] KREISLER (L.), FAIN (M.) et SOULÉ (M.) — *L'enfant et son corps,* 1974, PUF, Paris.

[147] LACAN (J.) — *Écrits*, 1966, Seuil, Paris.

[148] LADAME (F.) et JEAMMET (Ph.) — *La psychiatrie de l'adolescence aujourd'hui,* 1986, Le fil rouge, PUF, Paris.

[149] LAFON (R.) — *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant,* 1963, PUF, Paris.

[150] LANG (J.L.) — *Aux frontières de la psychose infantile,* 1978, Le fil rouge, PUF Paris.

[151] LAPLANCHE (J.) et PONTALIS (J.B.) — *Fantasme originaire et origine du fantasme.* Les Temps Modernes, p. 1832-1968, 19e année, n 215. 1964, Julliard, Paris.

[152] LAPLANCHE (J.) et PONTALIS (J.B.) — *Vocabulaire de la psychanalyse,* 1967, PUF, Paris.

[153] LAUFER (M.) et LAUFER (M.-E.) — *Adolescence et rupture du développement,* 1989, Le fil rouge, PUF, Paris.

[154] LEBOVICI (S.) — Hystérie et psychose infantile. *Rev. Neuropsychiatr. Infant*., 1959, 7.

[155] LEBOVICI (S.) — La relation objectale chez l'enfant. *Psychiat. Enfant.* Vol VIII, fasc. I, 1960, p. 147-226.

[156] LEBOVICI (S.) — À propos de l'hystérie. *Psychiatr. Enfant*, 17, 1, 1974, p. 5-52.

[157] LEBOVICI (S.) — Névrose infantile, névrose de transfert. in *Rev. Fr. de Psychanal*., 1980 44,5-6.

[158] LEBOVICI (S.) et STOLERU (S.) — *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste,* 1983, Le Centurion, Paris.

[159] LEBOVICI (S.) et BRAUNSCHWEIG (D.) — À propos de la névrose infantile. *Psychiatr. Enfant*, vol X, fasc. I, 1967, p. 43-122.

[160] LEBOVICI (S.) et DIATKINE (R.) — Étude des fantasmes chez l'enfant. *Rev. Fr. de psychanal.*, 1954, 16, n° IV, p. 109-159.

[161] LEBOVICI (S.) et DIATKINE (R.) — Les obsessions chez l'enfant. *Rev. fr. Psychanal*., 16, n° 3, 1957, p. 647-670.

[162] LEBOVICI (S.) et DIATKINE (R.) — Le jeu chez l'enfant. *Psychiatr. Enfant*, vol. V, fasc. I, 1967. p. 207-254.

[163] LEBOVICI (S.), DIATKINE (R.) et SOULÉ (M.) — *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1985, PUF, Paris.

[164] LEBOVICI (S.) et KESTEMBERG (E.) — *Le devenir de la psychose de l'enfant,* 1978, PUF, Paris.

[165] LEBOVICI (S.) et MAC DOUGALL (J.) — Un cas de psychose infantile. *Étude psychanalytique,* 1960, PUF, Paris, p. 487.

[166] LEBOVICI (S.) et SOULÉ (M.) — *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse,* 1970, Le fil rouge, PUF, Paris.

[167] LEBOVICI (S.), WEIL-HALPERN (F.) — *Psychopathologie du bébé,* 1989, PUF, Paris.

[168] LECLAIRE (S.) — *On tue un enfant,* 1975, Le Seuil, Paris.

[169] LEDOUX (M.) — *Conceptions psychanalytiques de la psychose infantile,* 1986, Le fil rouge, PUF, Paris.

[170] LUSTIN (J.J.) — Essai de communauté thérapeutique dans un pavillon d'adolescents débiles et psychotiques. *Rev. Hyg. Méd. social*., 1970, 1, 18, I, p. 123-140.

[171] LUSTIN (J.J.) — Objet auto-érotique et fantasme chez l'enfant autiste. *Rev. Franc. Psychanal.*, 1977, *5-6* p. 1081-1092.

[172] LUSTIN (J.J.) — Psychose infantile et représentance. *Rev. Franc. Psychan*., 1986, 6, p. 1567 – 1584.

[173] LUSTIN (J.J.) — *Refoulement traumatisme et censure primaires,* 1988, inédit.

[174] LUSTIN (J.J.) — L'impossible autre scène de la psychanalyse d'enfant, in *Psychanalyse et Psychothérapies*, 2003, Éditions In Press, Paris p. 63-82.

[175] MÂLE (P.) et coll. — *Psychothérapie du premier âge,* 1975, PUF, Paris.

[176] MÂLE (P.) — *Psychopathologie de l'adolescent*, 1964, PUF, Paris.

[177] MAHLER (M.) — *Symbiose humaine et individuation*, Vol. I, *Psychose infantile*, 1973, Payot, Paris.

[178] MAHLER (M.), PINE (F.) et BERGMAN (A.) — *La naissance psychologique de l'être humain,* 1980, Payot, Paris.

[179] MANNONI (M.) — *L'enfant arriéré et sa mère*, 1964, Seuil, Paris.

[180] MANNONI (M.) — *L'enfant, sa maladie et les autres*, 1969, Seuil, Paris.

[181] MARCELLI (D.) — *Position autistique et naissance de la psyché,* 1986, PUF, Paris.

[182] MARCELLI (D.) et BRACONNIER (A.) — *Psychopathologie de l'adolescent*, 1988, coll. Abrégés, Masson, Paris.

[183] MARTINET et coll. — *Le langage*, Encycl. Pléiade. 1968, Gallimard, Paris.

[184] MARTY (P.) — *La psychosomatique de l'adulte,* 1990, Que sais-je?, PUF, Paris.

[185] MARTY (P.), M'UZAN (M. de) et DAVID (Ch.) — *L'investigation psychosomatique*, 1963, PUF, Paris.

[186] MAZET (Ph.) et LEBOVICI (S.) — *Autisme et psychose de l'enfant,* 1990, PUF, Paris.

[187] MAZET (Ph.) et LEBOVICI (S.) — *Psychiatrie périnatale-parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie,* 1998, PUF, Paris.

[188] MELTZER (D.) — *Explorations dans le monde de l'autisme,* 1980, Payot, Paris.

[189] MELTZER (D.) — *Le monde vivant du rêve*, 1995, CESURA, Lyon.

[190] MELTZER (D.) — *Le Claustrum : une exploration des phénomènes claustrophobiques,* 2005, Ed. Hublot, Larmor-plage.

[191] MISÈS (R.) — *L'enfant déficient mental,* 1975, Le fil rouge, PUF, Paris.

[192] MISÈS (R.) — *Les pathologies limites de l'enfance,* Le fil rouge, 1990, PUF, Paris.

[193] MISÈS (R.) et BARANDE (I) — Étude clinique des formes précoces intriquant relation psychotique et symptomatologie de type déficitaire. *Psychiatr. Enfant*., 1963, 6, p. 1-78.

[194] MISÈS (R.) et MONIOT (M.) — Les psychoses de l'enfant, 1970, *Encycl. méd. chir*., Psychiatrie, Paris.

[195] NACHT (S.) et coll. — *La théorie psychanalytique*, 1969, PUF, Paris.

[196] NACHT (S.) et coll. — *La psychanalyse d'aujourd'hui.* 1967, PUF, Paris.

[197] NEYRAUT (M.) — *Le transfert.* PUF, Paris.

[198] NEYRAUT (M.) — *Les raisons de l'irrationnel,* 1998, Le fil rouge, PUF, Paris.

[199] PASCHE (F.) — *À partir de FREUD*, 1969, Payot, Paris.

[200] PASCHE (F.) — *Le sens de la psychanalyse,* 2000, Le fil rouge, PUF Paris.

[201] PINOL-DOURIEZ (M.) — *Bébé agi-Bébé actif : l'émergence du symbole dans l'économie interactionnelle,* 1984, Le fil rouge, PUF, Paris.

[202] QUIGNARD (P.) — *La nuit sexuelle,* 2007, Flammarion, Paris.

[203] DOUCET (P.)-LAURIN (C.) — *Problems of psychosis*, Excerpta Medica. 1971, Amsterdam.

[204] COLLECTIF — Psychoses de l'enfant, *Confront. psychiatr.,* 3, 1969, Spécia, Paris.

[205] COLLECTIF — Psychopathologie de l'adolescence, *Confront. Psychiat*., n° 7/0, Spécia. 1971, Paris.

[206] RACAMIER (P.C.) — Étude clinique des frustrations précoces. *Rev. Fr. Psychanal*. 17, n° 3, p. 328-350 et 18, n° 4, p. 576-631. 1953 et 1954, Paris.

[207] RACAMIER (P.C.) — La privation sensorielle. *Psychiatr. Enfant*, 1963, vol. VI, fasc. A.

[208] RACAMIER (P.C.) et coll. — *Le psychanalyste sans divan*, 1970, Payot, Paris.

[209] RACAMIER (P.C.) — *Les schizophrènes,* 2001, petite bibliothèque, Payot, Paris.

[210] RACAMIER (P.C.) — *Le génie des origines,* 1992, Payot, Paris.

[211] RAIMBAULT (G.) — *Médecins d'enfants,* 1973, Le Seuil, Paris.

[212] RIBAS (D.) — *Un cri obscur. L'énigme des enfants autistes,* 1992, Calman-Levy, Paris.

[213] RITVO (E.R.) — *Autisme-La vérité refusée,* 1983, SIMEP, Villeurbanne.

[214] ROSENFELD (H.A.) — *Les états psychotiques,* Le fil rouge, PUF, Paris.

[215] ROSENFELD (H.A.) — *Impasse et interprétation,* 2000, Le fil rouge, PUF, Paris.

[216] ROSOLATO (G.) — *Essais sur le symbolique*, 1969, Gallimard, Paris.

[217] ROSOLATO (G.) — L'axe narcissique des dépressions. *Nouv. Rev. Psychanal.* 1975, 11, p. 5-34.

[218] ROUART (J.) — *Psychopathologie de la puberté et de l'adolescence*, in «*Païdeïa*», 1954, PUF, Paris.

[219] ROUART (J.) — Agir et processus psychanalytique. *Rev. Fr. Psychanal*. XXXII, 5-6, 1968. Paris.

[220] RUTTER (M.), SCHOPPLER (E.) — *L'autisme, une réévaluation des concepts et du traitement,* 1991, PUF, Paris.

[221] SAUVAGE (D.) — *Autisme du nourrisson et du jeune enfant,* 1988, Masson, Paris.

[222] SCHILDER (P.) — *L'image du corps,* 1968, Gallimard, Paris.

[223] SCHOPLER (E.), REICHLER (R.J.), LANSING (A.M.) — *Stratégies éducatives de l'autisme,* 1988, Masson, Paris.

[224] SEGAL (H.) — *Introduction à l'œuvre de M. Klein,* 1969, PUF, Paris.

[225] SMIRNOFF (V.) — *La psychanalyse de l'enfant*, 1966, PUF, Paris.

[226] SOULÉ (M.) — La carence de soins maternels dans la petite enfance. La frustration précoce et ses effets cliniques. *Psychiatr. enfant*., 1958, Vol. I, fasc. II, p. 523-540.

[227] SOULÉ (M.) — *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, 1979, E.S.F., Paris.

[228] SOULÉ (M.) — *La dynamique du nourrisson,* 1983, Expansion scientifique française, Paris.

[229] SPITZ (R.A.) — *De la naissance à la parole, la première année de la vie de l'enfant*, 1968, PUF, Paris.

[230] SPITZ (R.A.) — The primal cavity : a contribution to the Genesis of perception, *Psychoanal. Study Child*, 10.

[231] SPITZ (R.A.) — *Le non et le oui,* 1962, PUF, Paris.

[232] STEIN (C.) — *L'enfant imaginaire,* 1971, Denoël, Paris.

[233] STERN (D.N.) — *Le monde interpersonnel du nourrisson : une perspective psychanalytique et développementale,* 1989, PUF, Paris.

[234] STERN (D.N.) — *Mère-enfant. les premières relations,* 1981, Pierre Mardaga, Bruxelles.

[235] STOLERU (S.) et MORALÈS-HUET (M.) — *Psychothérapies mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples,* 1989, Le fil rouge, PUF, Paris.

[236] STUCKI (J.D.) — L'hystérie chez l'enfant. *Psychiatr. Enfant*., 1965, 8, p. 605-622.

[237] SZWEC (G.) — *Les galériens volontaires,* 1998, PUF, Paris.
[238] TAUSK — *Œuvre psychanalytique*, 1975, Payot, Paris.
[239] TOROK (M.) — Maladie du deuil et fantasme du cadavre exquis. *Revue fr. psychanal*., 1968, 32, p. 715.
[240] COLLECTIF — *Traitement au long cours des états psychotiques*, 1972, Privat, Toulouse.
[241] TRAMER (M.) — *Manuel de psychiatrie infantile générale*, 1949, PUF, Paris.
[242] TUSTIN (F.) — *Autisme et psychose infantile*, 1977, Le Seuil, Paris.
[243] TUSTIN (F.) — *Les états autistiques chez l'enfant*, 1986, Le Seuil, Paris.
[244] TUSTIN (F.) — *Le trou noir de la psyché*, 1989, Le Seuil, Paris.
[245] VAN GENNEP (A.) — *Les rites de passage,* 1981, Picard, Paris.
[246] VASSE (D.) — *L'ombilic et la voix*, 1974, Le Seuil, Paris.
[247] VIDERMAN (S.) — *La construction de l'espace analytique,* 1970, Denoël, Paris.
[248] VIDERMAN (S.) — *Le céleste et le sublunaire,* Le fil rouge, PUF, Paris.
[249] WALLON (H.) — *De l'acte à la pensée, essai de psychologie comparée,* 1942, Flammarion, Paris.
[250] WILDLOCHER (D.) — Le développement et la pensée obsessionnelle chez l'enfant. *Rev. Neuropsychiatr. Infant.,* 1966, p. 117-120.
[251] WILDLOCHER (D.) — *Traité de psychopathologie,* 2000, PUF, Paris.
[252] WING (J.) — *Early chilhood autism*, 1966, Pergamon Press, Oxford.
[253] WINNICOT (D.W.) — *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 1969, Payot, Paris.
[254] WINNICOT (D.W.) — *Processus de la maturation chez l'enfant,* 1970, Payot, Paris.
[255] WINNICOT (D.W.) — *La consultation thérapeutique et l'enfant,* 1971, Gallimard, Paris.
[256] WINNICOT (D.W.) — *Jeu et réalité,* 1971, Gallimard, Paris.
[257] WINNICOT (D.W.) — *L'enfant, la psyché et le corps,* 1999, Payot, Paris.
[258] WOFSON — *Le schizo et les langues*, Gallimard, Paris.
[259] WOODBURY (M.A.) — L'équipe thérapeutique. *Inform. psychiatr.,* 1966, 42, n° 10.
[260] ZAZZO (R.) et coll. — *L'attachement,* 1974, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel.

15 PANORAMA DES PRINCIPALES PSYCHOTHÉRAPIES

J. BERGERET

Il n'est bien sûr pas question pour nous de prétendre que des psychologues n'ayant reçu aucune formation clinique et spécialisée complémentaires à leurs cursus propres puissent accepter la responsabilité de la conduite d'une cure psychothérapique, et encore moins que des études psychologiques ou psychiatriques, même très poussées, puissent suffire pour accéder à l'exercice de la psychanalyse. Ne peut exercer comme psychothérapeute en une technique déterminée que celui qui aura reçu dans le cadre de cette technique un enseignement théorique et pratique valable et contrôlé. Ne peut exercer comme psychanalyste que celui qui a fait d'abord lui-même et dans des conditions bien définies l'expérience d'une analyse personnelle longue et exigeante puis s'est soumis à des contrôles rigoureux sur sa façon de faire revivre aux autres une telle expérience.

Il n'entre pas dans notre propos d'exposer ici la technique de telle ou telle forme de psychothérapie, mais nous pensons utile de définir ce qui différencie les multiples techniques possibles et de préciser les principales indications spécifiques de chaque forme de traitement psychologique.

Sur le tableau ci-contre nous verrons que les psychothérapies étudiées se distinguent par leur plus ou moins grande relation à deux pôles principaux qui s'opposent : l'hypnose d'une part et la cure type psychanalytique d'autre part.

En effet si, historiquement, Freud a d'abord utilisé l'hypnose, par la suite ses déceptions et ses mécontentements l'ont rapidement amené à mettre peu à peu au point une technique radicalement différente, n'utilisant justement plus le transfert pour maintenir la dépendance du patient à l'égard du thérapeute, mais au contraire *analysant* ce transfert pour dégager progressivement le patient des contraintes exagérées venant d'autrui et en particulier de la part du thérapeute lui-même.

Toutes les psychothérapies non psychanalytiques (PNP) demeurent donc basées sur la suggestion, même si elles utilisent, plus ou moins (et surtout plus ou moins consciemment) le transfert. Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique (PIP) au contraire utilisent essentiellement le transfert, cherchent à le mettre en évidence sans augmenter l'angoisse ni les défenses du patient et tendent à éviter à celui-ci de retomber sans cesse dans le cadre trop étroit de son habituelle relation d'échec à l'égard de l'autre, à lui permettre de

découvrir peu à peu des solutions intra- et interpersonnelles meilleures, plus adultes et le rendant davantage indépendant.

On peut donc dire, très schématiquement, que les PNP visent à réconcilier le plus rapidement possible le malade à la fois avec ce qu'il est ainsi qu'avec la réalité extérieure telle qu'il la perçoit, alors que les PIP entendent prendre le temps qu'il faudra pour faire retrouver au patient ce qu'il souhaite et pourrait être, en fonction de ses besoins et de ses capacités propres. Les PNP s'avèrent forcément directrices (même si elles ne le reconnaissent pas) alors que les PIP s'attachent au contraire au respect de la personnalité profonde du sujet, de sa liberté, de son originalité et de son avenir. Sans méconnaître pour autant les réalités de l'environnement mais en refusant de n'en considérer que les aspects purement *extérieurs* et *manifestes* alors que les contenus *latents* de toute opération psychique intéressent le psychanalyste encore davantage que l'authenticité de la réalité ambiante à laquelle le patient entend se référer.

En fonction de tels repères, il semble parfois difficile de bien situer le mode particulier d'intervention souhaitable et réalisé par tel ou tel psychothérapeute. Par exemple, une « psychothérapie de soutien » peut se voir envisagée soit par le moyen d'une PNP soit par celui d'une PIP.

La principale distinction pratique viendra en fin de compte bien souvent de la *personne* même du thérapeute et du niveau auquel il interviendra. Mais il demeure de toute façon impossible à un non-psychanalyste de pratiquer une cure type ou même une authentique PIP. Et il est rare de voir d'autre part un analyste opérer au niveau d'une PNP. Mais ceci ne veut pas dire que telle PNP ne puisse pas mieux réussir dans tel cas particulier que telle PIP. Et encore moins que tout psychanalyste puisse se voir considéré en soi comme d'emblée supérieur à tout non-psychanalyste quant à la qualité de ses connaissances cliniques ou techniques. Ces deux variétés de thérapeutes n'opèrent pas au même registre. De même qu'un pilote d'avion à réaction n'est pas *a priori* supérieur intellectuellement à un pilote d'avion à hélice. Mais l'entraînement, les fonctions à assurer et le mode de vol du premier n'en demeurent pas moins plus délicats et plus complexes que ceux du second. En cela on ne peut guère se satisfaire de ressemblances. Pour telle liaison ou pour tel type d'aérodrome un Jet semblerait bien inopportun, et parfois même dangereux, alors que sur des lignes intercontinentales assurées à haute altitude et sans escale possible, avec le progrès actuel des techniques, on n'oserait guère proposer l'utilisation d'un appareil à hélice.

Les indications de cure ne peuvent être laissées au hasard de telle ou telle rencontre soit avec un thérapeute analyste soit avec un thérapeute non-analyste, selon les circonstances. Les différentes techniques n'agissent ni à la même profondeur du psychisme, ni au même degré d'élaboration, ni avec le même potentiel régressif (donc secondairement et positivement évolutif) ni dans le même but économique ni selon les mêmes critères relationnels.

La *cure-type psychanalytique* authentique doit être réservée soit aux structures névrotiques franches telles que nous les avons définies tout au long de ce traité, soit aux états-limites à récupération névrotique possible. Cette cure s'appuie essentiellement sur la recherche du conflit œdipien comme des conflits antérieurs qui ont retardé l'accès à l'Œdipe. Elle doit donc se tourner

vers les problèmes très anciens et très profonds qui ont marqué l'enfance et la petite enfance et qui se sont vus réveillés lors de l'adolescence. Des critères objectivement liés à l'âge actuel du patient, à ses capacités de changement, à la force de sa personnalité, induisent aussi une sélection en faveur ou en défaveur d'une cure psychanalytique.

Les P.I.P. sont indiquées toutes les fois où il ne s'agit pas d'une structure assez nettement ou assez potentiellement névrotique pour envisager une cure-type ou bien dans les cas de structures où la cure-type ne saurait être envisagée d'emblée (ou définitivement) pour des raisons précises en rapport avec une trop grande dépressivité ou une trop nette orientation vers l'économie psychotique.

Les P.N.P. peuvent être de modèles fort variés. Elles doivent être réservées soit à des troubles psychiques mineurs ne nécessitant pas une intervention plus lourde de modèle psychanalytique soit au contraire à des états ayant malheureusement dépassé les capacités d'action des techniques psychanalytiques, ne serait-ce qu'en raison de l'impossibilité d'engagement libre du patient dans une telle optique.

On ne peut indifféremment proposer au patient ceci ou cela parce qu'on estime pouvoir afficher telle ou telle position idéologique ou affective. Les indications des psychothérapies spécifiques ne sont pas scientifiquement interchangeables. On ne devrait pas voir conseiller « d'abord et pour essayer » à une névrose obsessionnelle de 25 ans, telle cure plus ou moins acrobatique et à la mode, sans aucun effet profond ni durable possible, pour finalement adresser pour cure type à un psychanalyste « après avoir tout essayé » le même patient quant celui-ci a dépassé la cinquantaine et qu'il ne faut justement plus lui proposer de cure type en raison de son avancement dans un mode d'économie psychotique. Dans certains cas cependant une PIP peut se voir envisagée dans de tels cas, selon des aménagements bien connus de nos jours par les psychanalystes.

Tout ce qui vient d'être dit à propos des psychothérapies individuelles demeure bien tendu valable au niveau des *psychothérapies de groupe*, psychanalytiques ou non. Une mention toute particulière doit se voir réservée également au *psychodrame psychanalytique,* que celui-ci soit effectué, selon les indications du cas, sur un mode individuel ou collectif.

16 DISPOSITIFS DE SOINS

A. BÉCACHE

Lorsqu'une personne est amenée à consulter pour la première fois un thérapeute, dans quelque circonstance que ce soit, cette consultation marque l'aboutissement d'une histoire complexe, dont les éléments ne seront que progressivement dévoilés. Cette consultation marque aussi le début d'une période au cours de laquelle on attend qu'une démarche thérapeutique soit proposée en fonction de la structure psychopathologique du sujet. Mais il importe d'abord que soit instaurée une relation — ou un réseau relationnel — devant permettre au patient d'aborder les conflits les plus douloureux de sa vie psychique, même sous leurs aspects méconnus de lui.

Présente derrière la souffrance, la demande d'aide, explicitement formulée ou non, réclame pour être efficacement soulagée des mesures adaptées :

– À la diversité des besoins des malades et de leurs familles : enfants, adultes, personnes âgées.

– À la diversité des pathologies individuelles : névroses, psychoses, états limites, perversion, malades psychosomatiques.

– À l'évolution même des troubles : crises aiguës, traitement à long terme, réaménagement des modalités d'existence.

C'est dire qu'entre le colloque singulier et l'hospitalisation en service spécialisé peuvent trouver place de nombreuses institutions originales. Par leur conception, leur variété et leur nombre croissant, ces structures intermédiaires ont permis un progrès incontestable dans le traitement des malades atteints de troubles psychiques.

PANORAMA DES INSTITUTIONS

Il n'y avait naguère d'autres possibilités de soins qu'en traitement ambulatoire ou en hospitalisation complète. Après l'avènement de nouvelles thérapeutiques, avec l'augmentation du nombre des psychiatres et des psychologues, ainsi que la diminution du nombre des malades chroniques hospitalisés et l'extension de la pédo-psychiatrie, on a pu assister au cours des dernières années à une floraison d'initiatives ayant abouti à la création de nouvelles modalités et de nouveaux lieux de soins qui ont pris place à côté des structures traditionnelles.

Nous allons tenter de donner un aperçu de l'ensemble des moyens et institutions, tant publics que privés, dont nous disposons.

Pour les adultes

Lieux de soins

❒ Consultation

Qu'elle ait lieu au cabinet du spécialiste privé ou dans un centre de santé mentale, appelé aussi centre médico-psychologique ou dispensaire d'hygiène mentale, qu'elle soit effectuée à l'hôpital général ou dans un établissement spécialisé ou encore dans un centre d'accueil et de crise, la consultation, pratique de base de tout psychiatre, est un temps capital du soin. Caractérisée par un certain type de relation médecin-malade, elle recèle d'emblée une dimension psychothérapique dès le premier entretien. Renouvelées selon les besoins propres à chaque situation particulière, les consultations permettent de recueillir les éléments psychologiques, sociologiques et biologiques nécessaires à l'établissement d'un diagnostic et d'une conduite thérapeutique adaptée. Mais il est clair que, dans l'immense majorité des cas, le soin est une entreprise collective qui intéresse, outre le malade, l'entourage familial, l'entourage professionel et d'autres intervenants : médecin traitant, travailleurs sociaux, autres soignants. Des entretiens avec les parents ou les conjoints accompagnants (en dehors des consultations spécifiques de couples), ainsi que diverses prises de contact sont des prolongements complémentaires quasi constants.

Des consultations peuvent aussi se tenir dans d'autres lieux, comme les bureaux d'aide psychologique universitaire, ou à la demande, dans des établissements dont la vocation première n'est pas psychiatrique, comme des établissements de long séjour ou des services hospitaliers non psychiatriques, réalisant ainsi une psychiatrie de liaison prenant en compte la composante psychologique de certaines affections somatiques lourdes (traumatologie, gynécologie, cancers, sida...).

❒ Hospitalisation à temps plein

La nature même des troubles nécessite à un moment donné une hospitalisation à temps plein, qui s'avère être une mesure parmi d'autres dans la thérapeutique du malade. Cette hospitalisation survient comme un temps nécessaire à l'instauration de soins psychiatriques, ou comme réponse à une situation urgente de crise avec l'entourage.

La durée peut en être extrêmement variable. Le temps est révolu où l'hospitalisation à temps plein laissait présager une hospitalisation de longue durée. Une psychose au long cours entraîne maintenant le plus souvent, au lieu d'une hospitalisation de durée prolongée, plusieurs hospitalisations de durée plus brève. En témoignent les chiffres révélant le raccourcissement des séjours, la diminution sensible de la masse totale des journées d'hospitalisation, l'augmentation des admissions (et réadmissions).

L'hospitalisation à temps plein, qui représentait en 1998 aux alentours de 68 700 lits (soit 21 % du total des lits d'hospitalisation en France) peut s'effectuer en divers établissements de statut public ou privé.

• **Pour les établissements de statut privé**

Ce sont :

– Les cliniques privées, conventionnées ou agréées par la sécurité sociale, offrent près de 20 000 lits, le plus souvent sous forme de placement libre.

– Quelques services hospitaliers psychiatriques ont été créés par des organismes privés dans le cadre d'un dispositif de lutte contre les maladies mentales au profit de certains groupes socio-professionnels : Fondation Santé des Étudiants, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN) dont l'établissement en région parisienne participe par convention à l'exécution du service public hospitalier.

• **Pour les établissements publics qui disposent de 50 000 lits environ**

Ce sont :

– Les services psychiatriques des hôpitaux généraux, tels que centres hospitalo-universitaires (C.H.U.), centres hospitaliers régionaux (CHR), hôpitaux des armées (pour les militaires de carrière ou de réserve et les ayants-droits) ;

– Les centres hospitaliers spécialisés (C.H.S.), naguère hôpitaux psychiatriques, qui comprennent la majeure partie des lits d'hospitalisation.

À côté des admissions libres qui se font comme dans tout autre service hospitalier, la loi du 27 juin 1990 prévoit lors des hospitalisations sans consentement du malade des modalités particulières pour les hospitalisations à la demande de tiers ou pour les hospitalisations d'office. Elle précise aussi les droits des malades et institue une commission départementale spécifique.

L'hospitalisation à temps plein doit permettre des prises en charge différenciées, quelle que soit l'hétérogénéité des malades et de leurs pathologie : état aigu, affection au long cours, placement sous contrainte. Dans tous les cas, la qualité de l'accueil, des soins, tant psychiatriques que somatiques, et de l'hôtellerie doit répondre aux besoins propres à chacun des malades.

• **Cas particuliers**

Des problèmes particuliers se posent pour plusieurs catégories de malades. Des moyens spécifiques sont prévus pour les alcooliques, les toxicomanes, les malades dangereux, les malades détenus.

Les alcooliques dangereux. Si certaines manifestations psychiatriques de l'alcoolisme chronique doivent être traitées comme des troubles relevant d'autres facteurs étiologiques (un délire de jalousie par exemple), il arrive que des patients présentant des troubles du comportement sous l'empire de l'alcool récusent le bien-fondé d'une hospitalisation en milieu psychiatrique pour y être soignés. La loi du 15 avril 1954 avait envisagé une série de mesures pour pouvoir traiter les alcooliques dangereux pour autrui : signalement, enquête sociale, expertise, commission départementale, obligation de soins, création d'institutions spécialisées pour alcooliques dont finalement peu ont vu le jour, restreignant par là-même l'efficacité de cette loi.

Les toxicomanes. La loi du 31 décembre 1970 a édicté des mesures pouvant contraindre un toxicomane faisant l'objet d'un signalement à se placer sous surveillance médicale pour être suivi par une équipe médico-psycho-éduca-

tive, ou à effectuer une cure de désintoxication dans un établissement agréé choisi par l'intéressé ou, à défaut, désigné d'office. La direction départementale de l'action sanitaire et sociale (D.D.A.S.S.), informée des données du traitement, en contrôle de déroulement et en informe le Procureur, si celui-ci est à l'origine du signalement. Pour cette clientèle réputée particulière, certaines unités spécialisées ont été créées afin d'espérer répondre à des besoins considérés comme spécifiques sur le plan psychologique, médical ou social : lits de sevrage, prise en charge communautaire avec hébergement, traitements de substitution (méthadone, par exemple).

Les malades difficiles. En principe, chaque secteur de psychiatrie doit pouvoir disposer d'un lieu d'accueil et de traitement approprié pour tout malade hospitalisé d'office, c'est-à-dire dont les troubles compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. Mais certains malades se montrent particulièrement dangereux et ne peuvent être gardés et soignés dans un service habituel de psychiatrie dont ils débordent rapidement les possibilités de sécurité. Il s'agit de malades agités qui présentent des réactions destructrices et constituent un élément de perturbation constante dans les services où ils sont placés, ainsi que de malades difficiles qui présentent un état dangereux, certain ou imminent, incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation classique. Pour de tels malades, près de 400 lits sont disponibles dans des unités pour malades difficiles (U.M.D.) réparties dans quatre établissements : Cadillac (Gironde), Sarreguemines (Moselle), Montfavet (Vaucluse) et Villejuif (Val-de-Marne). C'est une Commission de suivi médical qui propose la fin du séjour dans de telles unités et le retour des malades dans leur service d'origine lorsque l'amélioration obtenue le permet.

Les malades détenus. Le code de procédure pénale prévoit que les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire ; ils relèvent alors d'une hospitalisation d'office en milieu psychiatrique ordinaire ou en U.M.D. Pour les autres détenus, la prévention, le diagnostic et les soins de leurs troubles sont assurés par les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, implantés dans les maisons d'arrêt de 26 villes. Le service médico-psychologique régional (S.M.P.R.) assure les consultations, des prises en charge à temps complet ou partiel, de jour ou de nuit, et dispose d'ateliers thérapeutiques. Ces services possèdent une antenne de lutte contre les toxicomanies, pour le dépistage et l'action socio-éducative à mener en vue de la réinsertion socio-professionnelle ultérieure. Certains ont aussi une antenne de lutte contre l'alcoolisme fonctionnant comme un centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie. Certains comportements violents, des agresseurs sexuels notamment, peuvent être accessibles à une médiation groupale grâce à un important travail d'équipe.

❐ Hospitalisation à temps partiel

• Hospitalisation de jour

Elle peut être réalisée dans un service hospitalier, où quelques places sont alors réservées à des malades qui viennent dans la journée pour y recevoir des soins et participer aux activités prévues dans le projet thérapeutique mis au point pour eux ; ils rentrent chez eux tous les soirs, ainsi qu'en fin de semaine.

Il existe d'autre part de nombreux hôpitaux de jour disposant de locaux autonomes, dans l'enceinte d'un hôpital ou à l'extérieur. Chacun a ses caractéristiques, inhérentes à son implantation ou à l'histoire de sa création. Sans entrer dans le détail de la composition de l'équipe soignante ou des modalités de sa gestion, il est possible d'en indiquer les grandes lignes de fonctionnement, en prenant l'exemple concret d'un hôpital de jour particulier.

• **Hôpital de jour extra muros**

Établissement ayant une capacité d'accueil de 20 à 25 places en journées continues, il assure durant la journée (ou une partie de celle-ci) les traitements de malades adressés par leur médecin. En fait, la cohorte des malades traités est beaucoup plus importante puisque la fréquentation de l'hôpital de jour peut aller de quelques heures par semaine à 5 jours par semaine. C'est donc une centaine de patients qui sont pris en charge durant la semaine.

L'hôpital de jour offre à la disposition de l'équipe soignante un éventail assez large de méthodes thérapeutiques. Celles-ci consistent en :

– Entretiens individuels avec un ou plusieurs membres de l'équipe ; des psychothérapies individuelles réglées en nombre limité en raison de leur longue durée peuvent être effectuées dans ce cadre.
– Groupe quotidien de discussion, ouvert à l'ensemble des patients et des soignants.
– Groupe hebdomadaire de discussion pour les malades hospitalisés.
– Groupes hebdomadaires de psychothérapie pour des patients ambulatoires continuant leur activité professionnelle le plus souvent.
– Groupe sociothérapique (club) un soir par semaine pour d'anciens malades.
– Thérapeutique à expression manuelle dans des ateliers de photographie, reliure, tissage, poterie, etc.
– Thérapeutique à expression graphique (dessin et peinture) ou musicale.
– Thérapeutique à expression corporelle.
– Thérapeutique à expression psychodramatique, individuelle ou en groupe.
– Relaxation individuelle ou en groupe.
– Chimiothérapie.
– Interventions sur l'environnement social, professionnel et familial.

Cette structure de soins ne peut accueillir, pour des raisons aisément compréhensibles, toutes les catégories de malades. Il faut que ceux-ci soient capables d'une certaine autonomie et que leur comportement soit compatible avec le contrat thérapeutique passé le plus clairement possible à l'admission. Mais c'est moins une étiquette nosographique qu'une appréciation de la situation qui est prise en considération. Il s'agit de savoir si l'hôpital de jour peut apporter une aide réelle à tel malade à ce moment-ci de sa maladie, de préférence à un autre mode de prise en charge.

C'est ainsi que sont traités les états dépressifs, à l'exclusion des phases à risque suicidaire grave ; les états névrotiques à symptomatologie hystérique, phobique ou obsessionnelle en phase d'acuité. L'hôpital de jour reçoit aussi un nombre considérable de psychotiques dont la durée de séjour peut être fort longue. Il est important que l'articulation et le passage éventuel d'une struc-

ture de soins à une autre se fasse avec le maximum de souplesse et d'aisance dans les relations entre les soignants.

Comme tout service psychiatrique, l'hôpital de jour est un lieu d'accueil, permettant en particulier de mieux contenir l'angoisse à laquelle le malade seul ne peut plus faire face, même dans son milieu familial. Si l'amélioration passe par la prise de conscience de la nature de certains conflits par le malade lui-même, c'est souvent grâce à leur prise en considération préalable au niveau de l'équipe soignante par l'intermédiaire des phénomènes contretransférentiels.

Ceci est rendu possible par le nombre relativement restreint des malades simultanément en traitement, permettant une meilleure connaissance affective de leurs problèmes et de leurs réactions ; la nécessité de cette compréhension empathique se traduit au sein de l'équipe par un travail d'élucidation en réunion, non moins astreignant que le travail qui se fait en même temps en relation avec la famille, le milieu de travail, les problèmes somatiques ou la chimiothérapie. De nombreux auteurs, comme P.C. Racamier, R. Diatkine, J. Hochmann,... ont insisté sur la nécessité d'un travail psychodynamique élaboré en commun et ont montré toute la richesse d'une telle démarche dans le soin institutionnel, même pour des malades sévèrement atteints.

On doit aussi considérer, surtout chez certains malades psychotiques, que le mode même de fréquentation de l'hôpital de jour, par l'alternance des séjours dans l'institution et dans la famille au cours du nycthémère, en réveillant la conflictualité interne centrée sur la problématique de la présence et de l'absence, en permet une élaboration dans un sens thérapeutique.

Il importe que la durée du séjour ne soit pas étroitement limitée, chaque patient devant trouver le temps optimum de sa progression à travers les entretiens, les activités proposées dans les ateliers d'expression, la rencontre et la communication avec autrui.

- **Hospitalisation de nuit**

Elle est réalisée le plus souvent dans un service hospitalier, et parfois dans un local autonome. Les bénéficiaires en sont des malades auparavant hospitalisés à temps complet, qui ont pris ou repris un travail, mais qui sont isolés ou dont le soutien familial n'est pas satisfaisant. Ils ont pourtant un traitement toujours en cours qui a besoin d'une surveillance. Avec cette formule, le malade rencontre chaque soir un ou plusieurs membres de l'équipe soignante. Mais il faut la considérer comme une étape de transition, limitée dans le temps.

❒ Hospitalisation à domicile

Il s'agit d'une méthode encore peu répandue, réalisée par certaines équipes, mais qui suscite de la part des caisses d'assurance maladie des réticences à passer convention avec les équipes de secteur pour ce genre d'interventions extra-hospitalières. Elle s'adresse à des malades dont le traitement a d'abord été entrepris à l'hôpital. Le retour à domicile s'accompagne de visites régulières d'un ou plusieurs soignants pour l'administration des soins et la surveillance médicale.

❐ Maisons d'accueil spécialisées (M.A.S.)

Leur but est de fournir une assistance particulière aux personnes handicapées mentales adultes qui ont besoin de soins constants sous surveillance médicale, mais ne relèvent pas d'un service consacré à la psychiatrie.

Ces personnes, dont l'état mental n'est plus susceptible d'évolution, ont une autonomie très réduite, car elles sont incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de la vie et doivent avoir un recours constant à une tierce personne. Le handicap peut faire suite à une maladie ou un accident survenus à l'âge adulte, ou bien remonter à l'enfance. La dépendance due à l'âge avancé n'est pas de la compétence de ces établissements.

Leur création est régie par la loi du 30 juin 1975 concernant les personnes handicapées. L'admission y est prononcée après avis de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (**COTOREP**). Un accueil de jour et un accueil temporaire peuvent y être réalisés dans certaines limites. Une équipe pluridisciplinaire est indispensable à la mission des M.A.S. qui sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie.

Lieux de vie

Certains lieux de vie sont des structures ouvertes qui proposent un accueil et des conditions de vie se rapprochant le plus possible des conditions normales en relation avec le réseau social ordinaire, quoiqu'il soit parfois malaisé de séparer ce qui relève du soin ou du social.

❐ Foyers de post-cure

Ces foyers, de capacité modeste — une vingtaine de lits — reçoivent des malades psychiatriques désocialisés à leur sortie et/ou des alcooliques, des toxicomanes. C'est un lieu de transition devant permettre la réadaptation sociale, avec un encadrement spécialisé attentif mais restreint.

❐ Appartements protégés ou thérapeutiques

Dans une perspective d'autonomisation progressive face aux réalités de la vie quotidienne, l'appartement protégé constitue une structure intermédiaire appréciable pour des personnes stabilisées ne pouvant assumer d'emblée une totale indépendance à leur sortie de l'hôpital et qui auraient du mal à trouver à se loger par leurs propres moyens malgré une reprise de travail. Par exemple une association type loi de 1901 peut être locataire d'un grand appartement d'un immeuble et y loger 4 ou 5 pensionnaires qui paient leurs parts de loyer et subviennent à leurs besoins quotidiens. L'équipe soignante doit veiller à la composition du groupe pour éviter les passages à l'acte nuisibles aux rapports de bon voisinage. Des règles précises établissent la durée prévisible du séjour, fixent la répartition des tâches matérielles, l'interdiction du recours à la violence et à l'usage d'alcool ou de drogues, la fréquence et l'horaire des réunions avec les membres de l'équipe médico-sociale qui interviennent de façon discontinue.

❐ Établissements de long séjour (pour personnes âgées)

Les personnes âgées qui présentent une pathologie nettement psychiatrique : états dépressifs, manifestations psychotiques diverses, ... doivent être traitées comme les autres dans des structures de soins avec prises en charge à 100 % par les caisses d'assurance maladie.

Mais les évolutions déficitaires, de type Alzheimer ou autres, relèvent d'établissements de long séjour situés dans des hôpitaux généraux ou des maisons de retraite publiques ou privées, pour personnes âgées dépendantes, où les frais d'hébergement sont à la charge des familles. Les soignants permanents peuvent faire appel de façon plus ou moins régulière à des intervenants de l'équipe psychiatrique.

Travail protégé

Lorsque le travail ne peut être repris dans les mêmes conditions qu'avant la maladie, la recherche d'emploi et le reclassement en milieu normal de travail s'avèrent difficiles et peu adaptés.

L'insertion ou le reclassement professionnel pourra se faire, après avis de la COTOREP, dans une structures particulière pour handicapés : le ***centre d'aide par le travail*** (C.A.T.). Mais le C.A.T. n'est pas spécialement prévu pour le handicap mental et le nombre de places proposées est bien inférieur aux besoins. C'est pourtant une formule intéressante tant sur le plan humain que sur le plan économique. Une équipe médico-sociale assure le suivi thérapeutique.

Ateliers protégés. Il s'agit d'équipes de travail qui emploient d'anciens malades sous la conduite de moniteurs professionnels en peinture, entretien, jardinage, sous-traitance... en vue de leur insertion en milieu ordinaire de travail.

Il existe encore bien d'autres réalisations qui, sous des dénominations diverses, témoignent de l'imagination et de la capacité d'innovation des soignants et de leurs interlocuteurs sociaux : centres de crise, centres d'accueil d'urgence permanent ou à temps partiel, placement familial, club thérapeutique, associations d'anciens buveurs, d'aide aux toxicomanes, de familles de malades mentaux, etc.

Toutes les réalisations que nous avons décrites ont en commun d'être une **institution**, que l'on peut définir avec P.C. Racamier comme « un ensemble de personnes qualifiées organisées pour traiter des malades ».

Pour les enfants et adolescents

Lieux thérapeutiques

❐ Consultations

Elles peuvent s'effectuer :

– Au cabinet du spécialiste privé.

– Au dispensaire d'hygiène mentale pour dépistage et avis médico-psychologique.
– Au centre médico-psychopédagogique (C.M.P.P.), pour le diagnostic et le traitement ambulatoire dans une perspective de guidance infantile « des inadaptations dues à des troubles mentaux ou à des troubles du comportement nécessitant une rééducation médico-psychologique, psychothérapique ou psycho-pédagogique sous autorité médicale », avec engagement des familles.
– Au service hospitalier de pédopsychiatrie, en fonction de la pathologie mentale pouvant amener une hospitalisation.

Ces distinctions sont évidemment assez schématiques, l'essentiel étant l'harmonisation des réponses aux demandes diverses qui se manifestent.

❒ Hospitalisations

• Établissements généraux

Ils participent, dans leurs services destinés à la maternité et à l'enfance, à la prévention, aux bilans et aux soins, notamment grâce à la mise en place de centres d'actions médico-sociales précoces.

• Établissements spécialisés

Ils reçoivent des patients à temps plein ou à temps partiel.

Parmi les établissements à *temps plein*, on trouve :

– Les services de pédopsychiatrie de CHU ou de CHS.
– Les instituts médico-pédagogiques (I.M.P.) et les instituts médico-éducatifs (I.M.E.) pour différentes catégories de jeunes qui présentent un développement intellectuel déficient, plus ou moins profond, et qui bénéficient là de mesures appropriées à leur état, sur le plan médical comme sur le plan pédagogique.
– Les unités d'hospitalisation mère-bébé (U.H.M.E.) d'un grand intérêt en psychiatrie périnatale tant pour la mère que pour l'enfant.
– Les instituts médico-professionnels (I.M.Pro) prenant le relais des précédents pour des pré-adolescents susceptibles de bénéficier d'une formation professionnelle.
– Les centres de rééducation, où sont mises en œuvre des actions pédagogiques et psychothérapiques adaptées à des troubles du comportement sans déficit intellectuel.

Parmi les établissements à *temps partiel*, on recense de nombreuses réalisations :

– Les hôpitaux de jour en nombre croissant, notamment pour les enfants psychotiques ou autistes, et dont le rôle thérapeutique est aussi important que dans le dispositif de soins des adultes.
– Les hôpitaux de nuit, beaucoup plus rares.
– Les externats médico-pédagogiques (E.M.P.) qui permettent l'adaptation de la scolarité aux difficultés particulières de certains enfants déficients.
– Des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (C.A.T.T.P.) ou des centres du soir pour enfants scolarisés.

– Les placements familiaux spécialisés, où familles d'accueil et équipes thérapeutiques coopèrent au sein d'une micro-institution.

Cette liste, qui est loin d'être exhaustive, montre bien les possibilités créatrices d'une psychiatrie en chantiers.

Artisans du soin

❒ Équipe thérapeutique

C'est elle qui qualifie l'institution, plus que les lieux où elle exerce son activité. Les psychiatres d'enfants, qui travaillent en institution dans le cadre d'un intersecteur ou en dehors de lui, ont un rôle primordial à tous les stades d'intervention, depuis la prévention jusqu'à la post-cure. En plus des soins directs dispensés aux patients, ils doivent mettre au point un projet thérapeutique et animer une équipe pluridisciplinaire qui comprend des psychologues, des assistants de service social, des infirmier(e)s, des puéricultrices, des éducateurs spécialisés, des rééducateurs (orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, psycho-pédagogues, diététiciens, ...). Les psychothérapeutes, médecins ou non, apportent leur compétence particulière, qu'ils ont acquise par une formation personnelle à un ou plusieurs types de psychothérapie : psychothérapie individuelle ou de groupe, psychodrame, dynamique de groupe, thérapie familiale, psychothérapies parents-bébé ou techniques de jeux, de dessins, de contes, de marionnettes, etc.

Ces équipes, plus ou moins étoffées selon les cas, nécessitent des réunions de travail régulières pour fonctionner harmonieusement.

La réunion de synthèse, qui invite chacun à exprimer son point de vue après échanges d'information et discussion, doit déboucher sur une action de soins coordonnés.

❒ Relations avec les autres intervenants

Les équipes de psychiatrie infanto-juvéniles sont obligatoirement en relation avec d'autres équipes qui œuvrent dans le champ de l'enfance. Ces actions s'articulent avec les autres services de la D.D.A.S.S. pour constituer le *service unifié de l'enfance*. Sont ainsi coordonnés :

– La protection maternelle et infantile (P.M.I.) qui a un rôle de prévention capital au niveau du dépistage de troubles précoces chez les nourrissons et enfants qui fréquentent les crèches, les pouponnières et les garderies.

– L'aide sociale à l'enfance, autrefois Assistance publique, qui intervient, parfois dans l'urgence, pour protéger l'enfant dont l'entourage familial s'avère défaillant ou nocif, l'accueillir au foyer départemental de l'enfance ou réaliser un placement familial.

– Le service de santé scolaire qui, avec ses médecins et psychologues scolaires, non seulement travaille à la prévention, au dépistage et à l'éducation pour la santé, mais participe, conformément à la circulaire du 29 janvier 1983 pour la politique d'intégration en faveur des enfants et adolescents handicapés, à la « mise en place d'actions et de soutien et de soins spécialisés en vue de l'intégration scolaire ordinaire des enfants et adolescents handicapés

ou en difficulté en raison de maladie, de troubles de la personnalité ou de troubles graves du comportement». Le projet individualisé est éducatif, mais comprend toutes les aides familiales, thérapeutiques ou rééducatives utiles.

Le travail de l'équipe de psychiatrie infanto-juvénile s'articule également :

– A*vec l'équipe de secteur pour adultes* lorsqu'il s'agit de souffrance psychique d'enfants dont les parents sont déprimés, anxieux, psychotiques, alcooliques, toxicomanes….

– A*vec le secteur de l'enfance handicapée*. La loi du 30 juin 1975 sur les handicapés, si elle a posé une distinction nettement établie entre institution de soins et institutions d'éducation spéciale, a néanmoins créé une coordination institutionnelle, la **commission départementale de l'éducation spéciale** (C.D.E.S.). Cette commission quadripartite (D.D.A.S.S., sécurité sociale, travailleurs sociaux, éducation nationale) comprend une équipe technique pluridisciplinaire où siège notamment un psychiatre d'intersecteur de psychiatrie infantile. C'est la C.D.E.S. qui prononce sur proposition de la commission de circonscription les mesures d'orientation des enfants vers l'éducation spécialisée.

Des prises en charge associant structures d'éducation spéciale et structures de soins atténuent la dichotomie signalée plus haut.

– A*vec la justice*, pour apporter au Juge des enfants toutes données psychiatriques et psychologiques utiles dans le domaine de la délinquance juvénile et pour la résolution des conflits surgis entre le mineur, sa famille et la société. Peuvent alors êtres prises avec le concours des membres de l'équipe médicosociale des mesures d'observation, d'assistance éducative par le biais d'un service d'aide éducative en milieu ouvert (A.E.M.O.), ou sous forme de placements divers, pouvant aller jusqu'aux établissements d'éducation surveillée du ministère de la justice. Des interventions sociales et des entretiens à visée thérapeutique sont aussi indiqués dans les cas malheureusement trop fréquents de maltraitance ou d'abus sexuels (inceste, pédophilie). La loi du 17 juin 1998 a d'ailleurs prévu pour les auteurs d'infractions sexuelles, dans un but de prévention et de protection des mineurs, des dispositions relatives au suivi socio-judiciaire qui instaurent, en plus des mesures purement répressives, la possibilité d'une injonction de soins après expertise psychiatrique.

PRINCIPES GÉNÉRAUX D'ORGANISATION

Loi de progrès en son temps, la loi du 30 juin 1838 faisait obligation à chaque département de posséder un établissement spécialement destiné à recevoir et à traiter les aliénés, qui étaient aussi protégés dans leurs personnes et dans leurs biens. Cent ans après, les asiles devenus hôpitaux psychiatriques n'avaient pas réalisé de grands progrès, et la psychiatrie, à l'extérieur comme à l'intérieur des murs, ne pouvait guère faire état de brillants succès thérapeutiques.

Un ensemble de facteurs devait faire évoluer la situation après les bouleversements de la seconde guerre mondiale : avènement de thérapeutiques à effets perceptibles (électrochoc, insulinothérapie, neuroleptiques, antidépresseurs),

généralisation de la sécurité sociale, mouvement de psychothérapie institutionnelle, démarche désaliéniste, influence de la psychanalyse au plan de la formation des psychiatres en nombre croissant, création d'associations spécialisées dans le domaine de la santé mentale.

La circulaire du 15 mars 1960 a marqué un tournant décisif dans la pratique psychiatrique en jetant les bases de la **politique dite de secteur**. Celle-ci pose pour principes de traiter le malade à un stade aussi précoce que possible, d'assurer la post-cure afin d'éviter les rechutes, de maintenir le malade le plus près possible de sa famille et de son milieu, d'accueillir tous les malades d'une aire géographique délimitée. On en arrive ensuite à la bisexualisation des services, à la continuité des actions de prévention, de soins et de post-cure, ainsi qu'à la participation à la lutte conjointe contre les maladies mentales, l'alcoolisme et la toxicomanie. La création des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile, à raison d'un intersecteur pour trois secteurs de psychiatrie d'adultes, a favorisé l'essor considérable des structures de pédopsychiatrie. L'équipe d'intersecteur est la pierre angulaire de la psychiatrie d'enfant à l'échelon départemental.

Enfin la loi du 25 juillet 1985 a légalisé les secteurs psychiatriques et instauré un conseil départemental de santé mentale.

Le service public de psychiatrie organisé en secteurs met à la disposition de la population des services et des équipements de prévention, de diagnostic et de soins, aussi bien à l'intérieur des établissements assurant le service public hospitalier qu'à l'extérieur de ceux-ci, avec, pour tous, l'accès aux prestations offertes sans aucune discrimination, quels que soient l'âge, la pathologie, la durée de la maladie, la situation sociale ou géographique des malades. L'hospitalisation à temps plein est un moment du traitement qui doit être articulé avec le dispositif de soins ambulatoires ou avec les lieux de vie intra ou extra-sectoriels. La continuité des soins est assurée par une même équipe médico-sociale travaillant sous la responsabilité d'un médecin chef de secteur ; le patient doit pouvoir bénéficier dans des lieux différents d'une prise en charge variable selon l'évolution de son état et de ses conditions de vie : situations d'urgence, soins au long cours. Mais si des secteurs ne peuvent assurer seuls une diversification suffisante, il peut être fait appel à des structures intersectorielles destinées à la prise en charge de problèmes spécifiques.

L'équipe soignante disposant d'une gamme de méthodes thérapeutiques assez large, le choix de ces méthodes, leurs combinaisons, leur fréquence, leurs variantes techniques font l'objet de prescriptions après étude et discussion en réunion de synthèse.

Un projet thérapeutique individuel est élaboré et proposé en vue d'organiser le traitement de la façon la plus fine possible ; mais il est évolutif. Il doit prendre en compte les besoins du malade, repérer ses mécanismes défensifs parfois subtilement cachés, ou non élucidables d'emblée, favoriser ses possibilités adaptatives en s'appuyant sur la dimension psychothérapique du soin dans l'institution.

Au cours de l'hospitalisation, l'action thérapeutique doit organiser la vie quotidienne de façon à permettre l'instauration d'une relation authentique et

souple entre le patient et les membres de l'équipe, ainsi qu'une communication régulière entre les soignants. Le renforcement des liens sociaux et la préservation des relations familiales par une action thérapeutique auprès des familles entrent aussi dans la dynamique des soins.

Lorsque la pathologie altère les relations du patient avec son entourage familial, social et professionnel, il faudra envisager la réadaptation et la réinsertion comme faisant partie intégrante du travail psychiatrique. Les problèmes de logement, d'étayage familial concernent le secteur ; et aussi les ressources du malade démuni si l'on veut que les mesures proposées aient quelques chances de succès. Un handicapé qui exerce une activité obtient une garantie de ressources. Si la reprise d'un travail ne peut être effectuée, il sera nécessaire d'obtenir par l'intermédiaire de la COTOREP un minimum de revenus, par une allocation aux adultes handicapés (A.A.H.) et une allocation compensatrice en cas de perte d'autonomie.

Enfin, en cas de besoin, la loi du 3 janvier 1968 sur la protection des incapables majeurs — qui n'est d'ailleurs pas uniquement applicable à la psychiatrie — permet au juge des tutelles d'intervenir, par une mesure appropriée prise en concertation avec le médecin et la famille (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle), en vue de préserver les intérêts d'une personne dont « les facultés mentales sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge ».

*

* *

Discipline longtemps voué à la description nosographique et au désespoir thérapeutique, la psychiatrie a connu un développement considérable en quelques décennies, avec des succès dans le domaine du traitement, de la réinsertion et du pronostic de la maladie mentale. La transformation des conditions de soins a été obtenue tant par la multiplication et la diversification des institutions tournées vers l'extérieur que par la croissance des effectifs des soignants. Mais quelle que soit la variété des solutions imaginées, des réalisations effectuées, des techniques proposées, la clé de l'efficacité du soin en psychiatrie se trouve en fin de compte dans la relation psychothérapique.

BIBLIOGRAPHIE

CARRIERE (P.) — Réforme et dispositifs institutionnels en psychiatrie. Éditions Techniques. *Encycl. Méd. Chir.,* Paris, France. Psychiatrie, 37 908 A 10, 2001, 6 p.

CHARLES-NICOLAS (A.) — Toxicomanies. *Encycl. Méd. Chir.,* Elsevier, Paris. Psychiatrie, 37 396 A 10, 1998, 25 p.

CONSOLI (S.M.) — Psychiatrie à l'hôpital général. *Encycl. Méd. Chir.,* Elsevier, Paris. Psychiatrie, 37 958 A 10, 1998, 11 p.

DU PASQUIER (Y.) et VINOGRAD (M.-A.) — Secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Éditions Techniques. *Encycl. Med. Chir.,* Paris, France. Psychiatrie, 37 210 A 15, 1993, 6 p.

FOUCAULT (M.) — *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris, Gallimard, 1992.

HOCHMANN (J.) — Abord institutionnel des enfants psychotiques et autistes. *Encycl. Med. Chir.* Elsevier, Paris. Psychiatrie, 37 210 A 10, 1999, 5 p.

INFORMATION PSYCHIATRIQUE, vol. 56, n° 9, novembre 1980. Numéro spécial sous la direction de A. Bécache, consacré à l'Hôpital de jour. Centre de santé mentale de la Mutuelle générale de l'Education Nationale à Lyon.

RACAMIER (P.-C.) — Le soin institutionnel des psychotiques : nature et fonction. *Information Psychiatrique*, Sipem edit. Lyon, vol. 46, n° 8, octobre 1970.

VIDON (C.) et GOUTAL (M.) — Lieux de vie-lieux de soins. Éditions Techniques. *Encycl. Med. Chir.* Paris, France. Psychiatrie, 37 876 A 70, 1995, 4 p.

INDEX

N

O

T

U

V

Z